WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ — CZERWIEC

ROK VIII 1937 NUMER 3

W SPRAWIE POWSTAWANIA I LECZENIA WYMIOTÓW.

Prof. dr *P. Martini* (referat według Therapie der Gegenwart 1935, nr 1), prof. dr *Goebel* (ibid. f. 1935, nr 7), dr *Schmidt* (D. M. W. 1935, nr 20) i inni.

1. *Fizjologia i farmakologia.*

Wymioty mogą zależeć od spraw miejscowych, to znaczy, że przyczyna wymiotów znajduje się w samym żołądku, albo też wymioty są pochodzenia ośrodkowego, to znaczy, że określone jady podrażniają ośrodek wymiotny, znajdujący się w rdzeniu przedłużonym [1]). Ośrodek wymiotny reaguje w swoisty sposób na bodźce mechaniczne lub chemiczne np. na wzmożone ciśnienie przy guzach mózgu, na jady mocznicowe itp. Środki narkotyczne porażają ośrodek wymiotny. Miejscowo wszystkie związki, które działają drażniąco na błonę śluzową żołądka lub wywołują objawy zapalne, pobudzają wymioty; tym się tłumaczy, że wymioty stanowią jeden z najczęstszych objawów prawie wszystkich zatruć i w związku z tym są one niewątpliwie jednym z najważniejszych odczynów samopomocy ustroju [2]). Środki wywołujące wymioty (Emetica) działają albo bezpośrednio na ośrodek wymiotny (apomorfina), albo też podrażniają odruchowo błonę śluzową żołądka ($CuSO_4$). Do środków wywołujących wymioty drogą bezpośredniego podrażnienia ośrodkowego należy oprócz apomorfiny zaliczyć: weratrynę, morfinę, aspidosaminę, lobelię i inne. Środki te nie mają jednak prawie żadnego znaczenia praktycznego w lecznictwie, gdyż działają jednocześnie również na inne układy. Odruchowo wymiotnie działa

[1]) Przebieg łuku odruchowego aktu wymiotnego opisali *Klee* i *Laux* (D. Arch. Klin. Med. 1925, tom 149).

[2]) Nie tylko wymioty lecz również „mdłości" przedstawiają zjawisko obronne. Tak np. *Hatcher* i *Weiss* (Il. Pharm. a. exp. Ther. 1934, tom 22) wykazali, że koty znosiły bez szkody śmiertelne dawki strychniny, jeżeli uprzednio za pomocą naparstnicy wywołano mdłości. Według *Dumperta* (D. Z. Nerv. 1927, tom 96) jedynie „wymioty bez mdłości" mają znaczenie fizjologiczne.

emetyna, alkaloid korzenia ipekakuany, siarczan wapnia, siarczan cynku i wreszcie kamień winny. Uśmierzanie aktu wymiotnego odbywa się ośrodkowo przez zmniejszenie pobudliwości ośrodka wymiotnego (wzgl. przez porażenie nerwu błędnego); szczególnie pomyślnie działają tu Luminal, skopolamina (atropina) i inne, które pomagają zwłaszcza przy wymiotach ciążowych i przy chorobie morskiej; w innych przypadkach bardziej wskazane jest zmniejszenie wrażliwości żołądka za pomocą Anaesthesiny, Pantocainy lub Orexiny i uspokojenie wymiotów przez zadziałanie miejscowe na żołądek.

2. *Klinika: a) wymioty wskutek chorób żołądka i kiszek.*

Mechanizm wymiotów wydaje się pozornie zawsze jednakowy, natomiast przyczyny i znaczenie wymiotów są bardzo różnorodne. Wymioty mogą być jedynie lekkim zaburzeniem zdowia jak i wyrazem niebezpieczeństwa poważnie grożącego życiu. Wymioty są bowiem nie chorobą lecz wyłącznie objawem. Często wymioty tak opanowują obraz choroby, że odrazu można rozpoznać schorzenie żołądka lub kiszek, jak np. przy niektórych zakażeniach i zatruciach (ciężki paratyfus i zatrucie mięsem) lub przy „przeładowaniu" żołądka u dzieci po świętach, albo przy zaburzeniach żołądkowych występujących nierzadko u dorosłych po nadużyciu alkoholu. Również skurcz odźwiernika u niemowląt wywołuje częste wymioty [3]).

Cięższe uszkodzenia śluzówki żołądka mogą wywoływać wymioty w drodze czysto bezpośredniej; jeżeli zaburzenia te utrzymują się przez czas dłuższy, wówczas włókna czuciowe przewodzą bodźce do ośrodka wymiotnego w rdzeniu przedłużonym i utrzymują go w stanie stałego podrażnienia: do miejscowego podrażnienia wymiotnego dołącza się wówczas jeszcze podrażnienie odruchowe. Wymioty towarzyszą często ostrym zatruciom [4]); również przewlekłe nadużywanie morfiny i nikotyny wywołuje wymioty. Wymioty naparstnicowe zdarzają się stosunkowo rzadko, prawdopodobnie tylko dlatego, że zwykle stosowane dawki naparstnicy nie wystarczają do wywołania aktu wymiotnego. Większość jadów, a zwłaszcza morfina, pobudzają ośrodek wymiotny bez jednoczesnego podrażnienia samego żołądka; naparstnica podrażnia również bezpośrednio śluzówkę żołądka.

b) wymioty wskutek chorób narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Istnieją wymioty również bez jakiejkolwiek choroby żołądka, np. przy kolce żółciowej i zapaleniu woreczka żółciowego, przy kolce nerkowej i moczowo-

---

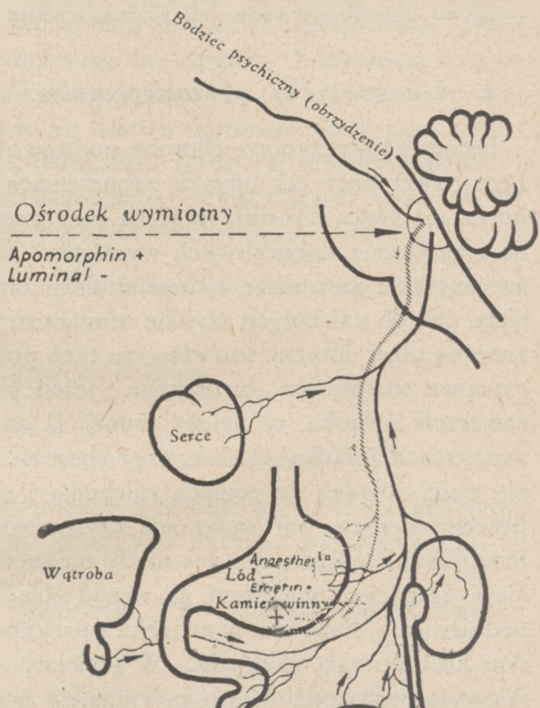
[3]) *Finkelstein* (Th. Gegenwt. 1925) zalicza do przewlekłych wymiotów niemowląt: wymioty nawykowe, ruminatio, skurcz odźwiernika.

[4]) Niektóre jady, jak np. pikrotoksyna działają tak prędko, że nie może nawet dojść do takiego stężenia jadu we krwi, które jest niezbędne do podrażnienia ośrodka wymiotnego (*Lehman*, Klin. Woch. 1924, nr 43).

dowej, przy podrażnieniu otrzewnej, a zwłaszcza przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, przy niedrożności kiszek i martwicy trzustki, która może przebiegać pod obrazem klinicznym niedrożności jelit i wreszcie przy uwięźgniętych przepuklinach. Również choroby macicy i urazy jąder mogą wywoływać wymioty. Następnie choroby serca i płuc (gruźlica płuc, krztusiec) również wywołują wymioty, częściowo przez mechaniczne wstrząsanie żołądka. Podobno istnieją również włókna nerwowe idące bezpośrednio od serca do ośrodka wymiotnego.

c) Wymioty przy zaburzeniach wewnętrznego wydzielania, a przede wszystkim wymioty ciążowe.

Wymioty ciążowe rozpoczynają się już w początkowym okresie ciąży, po czym w dalszym jej przebiegu przeważnie ustępują. Przyczyna wymiotów ciążowych nie została jeszcze ostatecznie wyjaśniona. W niektórych przypadkach stwierdzono we krwi nadzwyczajne zwiększenie się zawartości hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. Wymioty ciążowe są zbliżone do tych postaci wymiotów, które występują przy zaburzeniach czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania, jak np. przy chorobie Basedowa; być może, że również i napady migreny należą do pewnego stopnia do tej grupy. Następnie należy tu wymienić wymioty na tle samozatrucia ustroju, jak np. w okresie końcowym zapalenia nerek (mocznica) i przy kwasicy cukrzycowej. Przy wymiotach mocznicowych odruchowe powstawanie wymiotów nie stanowi bynajmniej jedynej przyczyny; jeżeli np. wymiociny mają zapach uremiczny, to mógł on bezpośrednio pobudzić żołądek do wymiotów.



Szemat unerwienia aktu wymiotnego.

+ wymioty — zahamowanie wymiotów

W pewnym związku z ośrodkiem wymiotnym znajdują się prawdopodobnie również włókna współczulne; tak np. wymioty po urazie jąder oraz ustępowanie wymiotów pod wpływem ergotoksyny zależą z pewnością od udziału układu współczulnego w akcie wymiotnym (według *Lehmanna*).

Czynnik żołądkowy odgrywa również ważną rolę przy niektórych postaciach wymiotów u dzieci, jak np. przy wymiotach acetonemicznych.

d) Wymioty wskutek zaburzeń nerwowych.

Choroby mózgu i rdzenia mogą podrażniać ośrodek wymiotny. Wiąd rdzenia, następnie wszystkie schorzenia przebiegające ze wzmożeniem ciśnienia mózgowego i podrażnieniem opon mózgowych, guzy i ropnie mózgu, zapalenie opon mózgowych itd., zaburzenia narządu równowagi, choroba morska [5]) i powietrzna także często wywołują wymioty. Również migrenę oraz wymioty „nerwowe" należy zaliczyć do omawianej grupy. Wymioty wskutek nerwowych zaburzeń ośrodkowych zwykle różnią się od wymiotów powstających na podłożu chorób żołądka lub kiszek lekkim przebiegiem i brakiem bólów.

3. Leczenie: *a) zabiegi ogólne.*

Leczenie przyczynowe choroby podstawowej uśmierza jednocześnie wymioty. Lecz nawet przy tak ostrych zaburzeniach jak niedrożność jelit, kamica nerkowa, martwica trzustki, śpiączka cukrzycowa należy przede wszystkim dążyć do złagodzenia dokuczliwych wymiotów jeszcze zanim zadziałamy pomyślnie na cierpienie zasadnicze. Również przy zatruciach i przy wymiotach w przebiegu chorób zakaźnych szybkie uśmierzenie wymiotów sprowadza przeważnie znaczną ulgę; dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których leczenie przyczynowe wogóle jest iluzoryczne. Jeżeli przyczyną wymiotów jest chwilowa zawartość żołądka, to należy usunąć ją za pomocą płukania. Przy ostrych zapaleniach żołądka i kiszek, przy obecności trucizny w żołądku, wypompowanie treści żołądka za pomocą zgłębnika i ew. następcze przepłukanie ciepłym płynem (herbata jest lepsza niż czysta woda) sprawia zwykle znaczną ulgę. Przepłukanie żołądka prawie nigdy nie może choremu zaszkodzić, pod warunkiem, że pacjent nie cierpi na wrzód żołądka. Dla uniknięcia niepotrzebnego podrażnienia śluzówki w związku z przyjmowaniem pożywienia, zalecamy chorym krótkotrwałą głodówkę. W podobny zresztą sposób postępują zwierzęta. Pierwsza próba odżywiania powinna się zawsze ograniczyć do pokarmów bardzo łatwo strawnych, czyli do herbaty i kleiku. Jeżeli większe ilości płynu drażnią mechanicznie ścianę żołądka, próbujemy podawać pokarmy papkowate. Nie należy tu jednak trzymać się żadnych stałych przepisów; zdarza się np., że nawet przy ostrych toksycznych zaburzeniach żołądkowych najlepiej pomagają mocne bodźce pokarmowe; śledź jest, jak powszechnie wiadomo, jednym z najskuteczniejszych środków przeciw zaburzeniom po przeciążeniu żołądka.

---

[5]) Według *Lenggenhagera* (Schweiz. med. Woch. 1936, nr 15) choroba morska zależy od wahań ciśnienia w splotach nerwów współczulnych nadbrzusza.

Czy podawać potrawy zimne czy ciepłe? Żołądek skłonny do wymiotów znosi najgorzej letnie potrawy i napoje. Bardzo podrażniony żołądek przeważnie znosi najlepiej potrawy bardzo zimne, o temperaturze lodu. Jednakże żaden żołądek nie znosi zimnych pokarmów przez czas dłuższy, często zresztą się zdarza, że nawet przy ostrych zaburzeniach tolerancja płvnów ciepłych jest lepsza niż zimnych; w każdym razie nie należy się wahać przed podaniem gorących potraw przy niechęci chorego do potraw zimnych. Podobnie należy postępować odnośnie do zagadnienia: worek z lodem czy też gorące okłady? rozgrzewająca poduszka itp.? Wymioty, przy których znaczną rolę odgrywa czynnik nerwowy, ustępują zwykle pod wpływem stosowania zimna na powłoki brzuszne. Przy wymiotach w przebiegu chorób gorączkowych zalecamy gorące wilgotne kataplazmy lub okłady. Jedynie przy wymiotach bardzo uporczywych zwracamy się do leków, które mają uśmierzyć dolegliwości przez zmniejszenie wrażliwości ośrodka wymiotnego lub żołądka. Nadmierną wrażliwość żołądka łagodzą środki znieczulające jego śluzówkę. W czasie trwania wymiotów leki te nie pomagają, są natomiast bardzo skuteczne, jeżeli przy skłonności do wymiotów podawać je przed jedzeniem. Można je zapisywać oddzielnie albo w połączeniu z atropiną (lub Eumydriną), wyłączając działanie nerwu błędnego; pojedyncza dawka atropiny powinna wynosić $^1/_8$ — $^1/_4$ mg.

Anaesthesina: Anaesthesini 0,25 — 0,5 g w opłatkach, 3 razy dziennie przed jedzeniem,
Pantocaina: Rp. Pantocaini 0,05 — 0,1
Aq. amyg. amar. 10,0
D. S. 2 — 3 razy dziennie po 20 kropel.
Alypina: Rp. Alypini 0,5
Aq. amygd. amar. 10,0
D. S. Kilka razy po 10 kropel w krótkich odstępach.

Luminal, typowy środek przeciwwymiotny o ośrodkowym punkcie uchwytu, łagodzi z wielką pewnością nadmierną pobudliwość ośrodka wymiotnego.

b) Terapia szczegółowa; leczenie wymiotów przy zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych.

Podrażniony i skłonny do skurczów żołądek kurczy się i dąży do usunięcia swej zawartości w kierunku najmniejszego oporu. Przy nadmiernie kwaśnej treści żołądkowej podrażnienie kwasem przyczynia się prawdopodobnie do utrzymywania stałego skurczu odźwiernika. Zasady i inne związki wiążące kwasy (np. Hydronal, wodorotlenek glinu, wytwarzający obojętne związki żelatynowe) usuwają ten szkodliwy czynnik nadkwaśności. W większości przypadków nie jesteśmy jednak w stanie wpłynąć po przez żołądek na skurcz odźwiernika; udaje się to o wiele łatwiej przez farmakologiczne uspokojenie parasympatycznych zakończeń nerwu błędnego, którego podrażnienie doprowadziło do skurczu odźwiernika. Główną rolę odgrywają tu alkaloidy wilczej jagody, a zwłaszcza atropina; oprócz nich wielkie znaczenie jako środek

spazmolityczny ma również papaveryna (0,05 — 0,1 g). Niedostatecznie docenianym pomocniczym środkiem przeciw wymiotom jest oprócz Luminalu skopolamina (0,5 mg), która okazuje się bardzo skuteczna zwłaszcza przy wymiotach przebiegających z wielkim podnieceniem psychicznym. Przy wymiotach bardzo ciężkich często jednak wogóle nie jesteśmy w stanie podać jakikolwiek środek doustny. Jeżeli u niemowląt nie udaje się przezwyciężyć skurczu odźwiernika, należy się zastanowić nad wskazaniem do operacji. Przyczyną wymiotów może jednak być nie tylko nadmiar kwasu solnego w soku żołądkowym, lecz również jego niedobór; w przypadkach takich najskuteczniejszym sposobem usunięcia cierpienia i towarzyszących mu przykrych objawów jest podawanie kwasu solnego, najlepiej w postaci Acidol-Pepsiny.

Leczenie wymiotów powstających wskutek schorzeń narządów jamy brzusznej.

Przy wymiotach wskutek paratyfusu, zatrucia mięsem, kolki żółciowej i nerkowej, podrażnienia otrzewnej i zapalenia macicy nie należy tracić drogocennego czasu na stosowanie objawowych leków przeciwwymiotnych, lecz wobec ew. niebezpieczeństwa grożącego życiu przystąpić natychmiast do leczenia choroby podstawowej.

Leczenie wymiotów ciążowych.

Wymioty ciążowe przebiegają zawsze z udziałem składnika psychicznego i z tego względu uspokojenie i troskliwa opieka mogą już sprawić znaczną ulgę. „Pierwsze śniadanie w łóżku" umożliwia często uniknięcie wymiotów. Jeżeli ten prosty sposób nie pomaga, jesteśmy w większości przypadków w stanie złagodzić nadmierną pobudliwość żołądka za pomocą Anaesthesiny albo jeszcze lepiej, uśmierzyć nadwrażliwość ośrodka wymiotnego za pomocą Luminalu. Bardzo często nadzwyczaj skutecznym okazuje się również miejscowe działanie Orexiny. W przypadkach wymiotów bardzo uporczywych pomaga również insulina i według najnowszych spostrzeżeń witamina C, Cantan. Na czym polega znakomite działanie tej witaminy, nie zostało jeszcze wyjaśnione; być może, że witamina C wzmacnia działanie ciałka żółtego, którego niedomoga ma jakoby wywoływać wymioty ciążowe.

Leczenie acetonemicznych wymiotów u dzieci.

Przy wymiotach acetonemicznych u dzieci należy przede wszystkim zaniechać wszelkiego doustnego podawania pokarmów lub płynów; niezbędną ilość wody i cukru dostarczamy drogą lewatywy per rectum. Przy ciężkim przebiegu schorzenia pomaga tu, jako najprostszy i najpewniejszy zabieg suge-

stywny, zmiana otoczenia. Zanim się odda takie dziecko do szpitala, należy uprzednio w każdym przypadku wypróbować Luminal, który prawdopodobnie uspokaja podrażniony ośrodek wymiotny. Doustne podawanie Luminalu jest przeważnie niepewne i często nie ma nawet żadnego sensu, gdyż chore dzieci zwykle wymiotują wszystko bez wyjątku. W przypadkach takich wstrzykujemy domięśniowo 20%-owy roztwór Luminalu. Mniej więcej w godzinę po wstrzyknięciu można już spróbować podać do picia małymi łykami dobrze słodzony sok owocowy w postaci zimnej limoniady. Jeżeli dziecko podanego napoju nie wymiotuje, to po kilku godzinach dajemy papkę z mondaminy ze słodkim sokiem owocowym. Jeżeli dziecko również i tego nie zwraca, wolno dość szybko przejść do pożywienia obfitszego, przy czym największą uwagę należy zwracać na podawanie dostatecznej ilości węglowodanów [6]) i wody. Jeżeli działanie pierwszego wstrzyknięcia Luminalu nie utrzymuje się dostatecznie długo, należy zastrzyk powtórzyć. Natychmiast po wstrzyknięciu Luminalu, czyli jeszcze przed pierwszą próbą odżywiania doustnego, należy podać w lewatywie wodę i roztwór cukru. Cukier gronowy należy stosować w roztworze izotonicznym, czyli 5%-owym. 10%-owy hipertoniczny roztwór cukru gronowego powoduje prąd płynu z tkanek do kiszek i prowadzi, w razie niezatrzymania płynu, do dalszej niebezpiecznej utraty wody. Stosowanie wlewań fizjologicznego roztworu soli kuchennej wyrównywa jednocześnie utratę chlorków. Można również dodawać fizjologiczny roztwór NaCl do lewatyw cukrowych, a po ustaniu wymiotów podawać kwas solny w zwykły sposób per os. Również i Pyramidon chroni dziecko przed nadmierną utratą wody.

Przy innych wymienionych przyczynach wymiotów, powstających w związku z migreną, mocznicą, kwasicą itp., na pierwszy plan naszego postępowania terapeutycznego wysuwa się leczenie choroby podstawowej.

---

[6]) Dawniej zalecano również insulinę: *Meyer* i *Bamberg* (D. M. W. 1925, nr 27).

Dr **ELSA SAGERDAHL**, Upsala, Klinika Chorób Wewn.

O LECZENIU NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ WSTRZYKIWANIAMI WYCIĄGÓW WĄTROBOWYCH.

(Referat podług Svensk. Laerkartidn. 1934, nr 52).

Od 1900 r. do chwili obecnej leczono w klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu w Upsali 222 chorych na niedokrwistość złośliwą, w tym 106 mężczyzn i 116 kobiet. Tablica I uwidacznia podział chorych według wieku. Najstarszy miał lat 72, najmłodszy 27.

Tablica I.

Lata	Ilość chorych	Mężczyźni	Kobiety	Przeciętny wiek
1900—1904	7	6	1	42,1
1904—1909	17	11	6	53,9
1910—1914	16	10	6	54,0
1915—1919	25	15	10	51,0
1920—1924	31	13	18	51,4
1924—1929	70	34	36	54,7
1930—1933	56	17	39	59,1
Ogółem	222	106	116	

Dzieje całego leczenia można podzielić na 3 okresy: arsenu, doustnego stosowania wątroby i wstrzykiwań preparatów wątrobowych. W ostatnich latach okresu arsenu, w okresie doustnego podawania wątroby i w pierwszych latach wstrzykiwań wątrobowych stosowano często również przetaczanie krwi.

W tablicy II zestawione są wyniki z różnych okresów leczenia.

Tablica II.

	Ilość chorych	Hb na początku leczenia	Hb przy wypisaniu z kliniki	Zmarło	
				Ogółem	Na zmiany rdzeniowe
Okres leczenia arsenem 1900—1927	171	40	58+2	51=30%	1
Okres doustnego leczenia wątrobą 1927—1931	104	41	72+1,7	9= 9%	4
Okres wstrzykiwań preparatów wątrobowych 1931—1933	68	41	73+1,3	1= 1,5%	1
Pozostałe przypadki 1931—1933	10	43	62	3=33%	0

Od 1900 r. do lata 1927 roku leczono arsenem 171 chorych; z tej liczby u 20 stosowano przetaczanie krwi. Poza tym leczenie było przez cały ten okres jednakowe: arszenik w zwykłych dawkach do wewnątrz lub podskórnie; w nielicznych przypadkach stosowano przetwory kakodylowe. W okresie leczenia arsenem zmarło, po odliczeniu zgonów z powodu chorób przypadkowych, 51 chorych. Śmiertelność podczas pobytu w szpitalu wynosiła zatem mniej więcej 30%. Do liczby zmarłych na niedokrwistość złośliwą włączono przypadki, w których właściwą przyczyną zgonu było odoskrzelowe zapalenie płuc, przy niskich, lecz dla życia niegroźnych cyfrach Hb i krwinek czerwonych. Jeden tylko chory zginął z powodu zapalenia rdzenia; obraz krwi w tym przypadku był niemal zupełnie prawidłowy.

Okres doustnego leczenia wątrobą trwał od lata roku 1927 do końca roku 1931. Chorzy otrzymywali codziennie po 300 g gotowanej wątroby. Surową wątrobę podawano rzadko. Stan krwi polepszał się we wszystkich przypadkach. Głównie jednak należy podkreślić znaczny spadek śmiertelności w porównaniu z okresem poprzednim. Z ogólnej liczby 104 chorych zmarło tylko 9 osób, z tego 4 na zapalenie rdzenia. W przypadkach zapalenia rdzenia obraz krwi był prawidłowy. Przetaczania krwi skracały czas leczenia, a niekiedy wprost ratowały życie. Autorka odniosła jednak wrażenie, że przetaczania krwi nieraz szkodziły chorym, powodując skoki ciepłoty i inne powikłania.

Okres wstrzykiwań, czyli ściślej, leczenia Campolonem, rozpoczął się jesienią 1931 roku. Przypadki leczone wyciągami wątpliwej wartości zgrupowano w tablicy II pod nazwą „pozostałe“. Spośród 13 przypadków leczonych Campolonem, w sześciu przetaczano oprócz tego krew. Wstrzykiwano codziennie 1 — 4 ampułek po 2 cm^3, — przeważnie przez cały czas pobytu chorych w szpitalu. Innym wyciągiem wątrobowym leczono 17 chorych, 3 pacjentom tej grupy przetaczano krew.

Jesienią 1932 roku przystąpiono do przerywanego leczenia wielkimi dawkami Campolonu. Początkowo wstrzykiwano jednorazowo 40 cm^3 przetworu w pośladek. Następnie przez kilka tygodni podawano chorym tylko kwas solny, nie stosując żadnego innego leczenia. Tak wielka jednorazowa dawka — 40 cm^3 — wywoływała jednak bóle w miejscu wstrzyknięcia oraz szereg przykrych objawów ubocznych. Zmieniono zatem metodę leczenia w ten sposób, że w ciągu 4 dni wstrzykiwano codziennie po 10 cm^3, czyli 2 ampułki po 5 cm^3. U chorych następowała szybka poprawa, zawartość Hb we krwi wzrastała o 30 — 40%. Po trzytygodniowej przerwie powtarzano serię wstrzykiwań, zmniejszając niekiedy dawkę do 20 — 30 cm^3. Po nabraniu wystarczającego doświadczenia autorka odważa się obecnie wypisywać chorych z kliniki po 2 seriach wstrzykiwań. Omówiona grupa składa się z 28 osób. Nie zarejestrowano ani jednego zgonu. Obeszło się zupełnie bez przetaczania krwi, nawet

u tych chorych, u których podczas przyjęcia do szpitala liczba krwinek czerwonych nie dochodziła do 1 miliona.

Dodatnie strony podobnego leczenia Campolonem są zatem następujące: bardzo szybka poprawa obrazu krwi i stanu ogólnego, możność uniknięcia przetaczania krwi, mniejsza ilość wstrzykiwań, krótszy pobyt w szpitalu. Nie spotykano dotąd chorych opornych na działanie Campolonu. Punkcje mostkowe wykazują, że już po paru dniach megaloblasty zaczynają ustępować miejsca normoblastom.

Sagerdahl wstrzykiwała 7 chorym Campolon dożylnie. Pojawiały się dość przykre, chociaż nie dające powodu do niepokoju objawy uboczne. W każdym razie autorka zaniechała następnie tego sposobu.

Przyczyną jedynego w tej grupie przypadku śmierci było zapalenie mózgu i rdzenia (Hb = 60%).

W praktyce ambulatoryjnej nigdy nie zachodziła potrzeba dokonywania wstrzykiwań częściej niż raz na miesiąc. Przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami przedłużano nieraz do 6 — 8 tygodni. Dawka pojedyncza wynosiła zwykle 10 cm^3, w nielicznych przypadkach — 20 cm^3. U 3 chorych spośród 36 leczonych masywnymi dawkami Campolonu wystąpiły nawroty, ponieważ chorzy ci przez 4 — 8 miesięcy nie zgłaszali się do dalszego leczenia. Wyleczono ambulatoryjnie niebezpieczny nawrót u chorego, który nie pokazywał się od 3-ch miesięcy. Niektórzy pacjenci znikali z horyzontu na szereg miesięcy, a mimo to zdołali uniknąć nawrotów. Przy sposobności należy wspomnieć, że w okresie leczenia wątrobą u 48 chorych stwierdzono 57 nawrotów.

Dolegliwości połączone ze wstrzykiwaniami można złagodzić, polecając chorym leżeć przez ½ godziny po zabiegu. U jednego chorego, który początkowo dobrze znosił wstrzykiwania, wystąpiły nagle objawy uczulenia: zaczerwienienie twarzy i spojówek, bóle w krzyżu, przygnębienie, ostry nieżyt oskrzeli z licznymi furczeniami i świstami.

Ujemnych następstw ewentualnego przedawkowania Campolonu nie spostrzegano.

W okresie leczenia arsenem śmierć z powodu zapalenia rdzenia u chorych z dobrym stanem krwi należała do wydarzeń rzadkich.

W okresie leczenia wątrobą zdarzało się to znacznie częściej, do tego stopnia, że zastanawiano się, czy wątroba wywiera jakikolwiek wpływ leczniczy na zapalenie rdzenia. Odkąd stosuje się współczesne wyciągi wątrobowe w wielkich dawkach, mnożą się ze wszystkich stron doniesienia, że w ciężkich zapaleniach rdzenia można osiągnąć znaczną poprawę za pomocą długotrwałego i nasilonego leczenia Campolonem. *(Gänsslen).*

Doświadczenie autorki w tej dziedzinie jest skromne. Jeden chory odzyskał zdolność poruszania się przy pomocy dwóch lasek po dłuższym leczeniu wyciągiem wątrobowym. Drugi chory, leczony Campolonem i przetworem żołądka, zaczął po pewnym czasie chodzić po pokoju. Trzeci chory zmarł (Hb = 60%).

U 9 chorych stwierdzono przed rozpoczęciem leczenia lekkie objawy zapalenia rdzenia: zaburzenia czucia i odruchów, nieznaczną ataksję. Pod wpływem leczenia choroba zatrzymywała się w rozwoju, a w paru przypadkach leczonych Campolonem objawy te ustąpiły zupełnie.

Dr O. SIGEL, Szpital Mariański w Stuttgarcie.

PRONTOSIL SOLUBILE PRZY SCHORZENIACH CHIRURGICZNYCH.

(Referat według Fortschr. Ther. 1936, nr 4).

Prontosil solubile zawiera sól dwusodową kwasu 4-sulfo-amido-fenylo-azo-7-acetylo-amino-1-oksynaftalino-3,6 dwusulfonowego w 2,5%-owym roztworze. Autor stosował Prontosil w przeszło 30 przypadkach ropni, czyraków i flegmon. Zastosowanie Prontosilu po zabiegu operacyjnym ropnia lub flegmony często wpływa pomyślnie na gojenie się sprawy i przyspiesza wyleczenie. Prontosil nie zawsze jest w stanie zapobiec zropieniu, czasami wydaje się nawet, że zropienie odbywa się prędzej. 4 czyraki twarzy szybko zropiały i wygoiły się bez interwencji chirurgicznej. W kilku przypadkach po wstrzyknięciu Prontosilu gorączka gwałtownie obniżyła się, następnie jednak podniosła się znowu i dopiero pod wpływem dalszego stosowania preparatu powróciła w ciągu 1 — 2 dni do normy. U kilku chorych stwierdzono w obrazie krwi szybką i trwałą poprawę przesunięcia na lewo. Czasami ustrój wcale nie reagował na Prontosil, dotyczyło to zwłaszcza czyraków lub karbunkułów wywołanych przez gronkowce. Wydaje się, że Prontosil stanowi również bardzo cenny środek zapobiegawczy w chirurgii zanieczyszczonych ran. Autor stosował Prontosil w kilku przypadkach bardzo zanieczyszczonych uszkodzeń urazowych i osiągnął szybkie wyleczenie per primam.

Autor stosował również Prontosil w 2 przypadkach zakażeń septycznych; ze względu na wielkie znaczenie tej sprawy autor podaje w streszczeniu odnośne historie choroby:

1. Chory M. V. 10.I. gwałtowny dreszcz w związku z istniejącą od kilku dni anginą. Bóle gardła zwiększają się. Następnego dnia chorego przewieziono do szpitala. Gorączka powyżej 40°, stan ogólny jeszcze niezły, tętno bardzo miękkie i przyspieszone. Ciśnienie krwi 95 — 60 mm Hg. Objawy kończącej się anginy. Po lewej stronie galaretowate nacieczenie

tkanki okołomigdałkowej, objawów wyraźnego ropnia okołomigdałkowego jednak nie stwierdza się. Bardzo gwałtowna bolesność na zewnętrznej stronie szyi, wzdłuż żyły szyjnej. Podwiązanie żyły szyjnej. W ciągu następnych dni 3 — 4 razy dziennie dreszcze, silne wahania ciepłoty. Poczynając od 4. dnia Prontosil solubile w bardzo dużych dawkach. W ciągu 3 następnych dni nadzwyczajna poprawa, dreszcze nie powtarzają się, gorączka nie podnosi się tak wysoko. Przesunięcie na lewo obrazu krwi szybko ustępuje. Od 20.V. gwałtowne pogorszenie, żółtaczka, 21.V.35 zejście śmiertelne. Badanie sekcyjne wykazało głęboko położony ropień okołomigdałkowy, biegnący wzdłuż żyły szyjnej ku dołowi. Ciężkie zmiany septyczne wszystkich narządów wewnętrznych, żółte zabarwienie wątroby (odkładanie się barwnika?). Stałe utrzymywanie się ogniska zakażenia septycznego, z którego bezustannie przenikały do ustroju złośliwe zarazki chorobotwórcze, doprowadziło w danym przypadku do zgonu. Autor odniósł jednak wrażenie, że Prontosil w pewnym okresie skutecznie wzmocnił siły obronne organizmu.

2. Chory K. St., lat 16; po operacji ropnia pozagardzielowego ciężka septikopyemia ze sztywnością karku. Bolesność wzdłuż żył szyjnych, niedowład obu ramion, gorączka septyczna. Stan ogólny beznadziejny. Bardzo duże dawki Prontosilu. Po kilku tygodniach wystąpiły liczne ropnie na kończynach; ropnie otworzono. Objawy niedowładu stopniowo ustąpiły. Od tego czasu (3 miesiące) choremu prawie codziennie wstrzykiwano Prontosil domięśniowo; w ciągu ostatnich tygodni chory otrzymuje Prontosil w tabletkach. Pacjent znajduje się już w okresie rekonwalescencji i jest na drodze do ostatecznego przezwyciężenia ciężkiego zakażenia.

Bardzo wyraźne było pomyślne działanie lecznicze Prontosilu w 4 przypadkach róży, z których w jednym wystąpiły już objawy zgorzeli.

Prontosil stosowano również w przypadkach bardzo rozległego oparzenia 2. stopnia. Gorączka przez 10 dni wahała się od 38 do 39°. Ilość ciałek białych wynosiła 11.000, w tym 23% leukocytów pałeczkowych. W moczu bardzo liczne krwinki czerwone. Po 2 dniach leczenia Prontosilem solubile ciepłota opadła do normy, ilość komórek pałeczkowatych obniżyła się do 11%, hematuria ustąpiła zupełnie. Również w innym przypadku ciężkiego oparzenia, częściowo 3. stopnia, Prontosil wpłynął pomyślnie na przebieg sprawy chorobowej i przyspieszył wyleczenie. Być może że Prontosil, jak przypuszcza *Schranz*, działa na toksyczne produkty rozkładu w drodze pośredniej, poprzez układ śródbłonkowo-siateczkowy. W innych chorobach, jak zapalenie otrzewnej, ropne zapalenie opłucnej [1]), zgorzel płuc itd. działanie lecznicze Prontosilu było niewyraźne. W przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów z objawami posocznicy nastąpiła doraźna poprawa, jednakże oprócz Prontosilu solubile stosowano tu jeszcze inne leki.

W przypadkach posocznicy i róży *Sigel* zaczyna zawsze od domięśniowych wstrzykiwań Prontosilu i podaje conajmniej 2 razy dziennie po 1 ampułce, ponadto chory otrzymuje jeszcze 3 razy dziennie po 2 tabletki. Również wstrzykiwanie 3 — 4 ampułek dziennie nie wywołuje żadnych przykrych objawów

---

[1]) Według *Tilinga* (Berlińskie Tow. Pediatryczne 8.V.36, M. M. W. 1936 nr 23) ropne zapalenie opłucnej można wyleczyć w 7, a najwyżej w 22 dni następującym sposobem: co 2 — 3 dni wypuszcza się ropę bez dostępu powietrza i wstrzykuje się do jamy opłucnowej 5 cm^3 2,5%-owego roztworu Prontosilu.

działania ubocznego. W innych wskazaniach stosuje się następujące dawkowanie: 1 ampułka domięśniowo ew. w połączeniu z przyjmowaniem doustnym 3 razy dziennie po 1 lub po 2 tabletki. Po ustąpieniu objawów ostrych podaje się w dalszym ciągu przez 4 — 5 dni już tylko Prontosil w tabletkach (3 razy dziennie po 1 lub po 2 tabletki).

Tolerancja Prontosilu w tabletkach jest dobra. Jedynie dwoje dzieci w wieku poniżej 5 lat wymiotowało tabletki natychmiast po przyjęciu. Dorośli znosili przeważnie tabletki bez jakichkolwiek przykrych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych.

Dr E. GOTFREDSEN, Egtved.

LECZENIE RÓŻY PRONTOSILEM.

(Referat według Ugeskrift för Laeger 1936, nr 27).

Wprowadzenie Prontosilu do lecznictwa róży stanowi wielką zdobycz nowoczesnej terapii. Oto kilka przykładów nadzwyczaj pomyślnego wpływu Prontosilu na przebieg róży.

1. Chora, lat 60, róża lewej połowy twarzy. 39,2°, tętno 120. Wrażenie silnego gorąca i napięcia. Samopoczucie bardzo złe. Smarowanie ichtiolem z kolodium, 1 cm³ Omnadiny podskórnie. Następnego dnia 39,6°. Sprawa chorobowa posunęła się ku dołowi na szyję i ku górze na oko. Obrzęk powiek, oko zamknięte. Prontosil solubile 5 cm³ domięśniowo. Nazajutrz 37,2° tętno 80. Zaczerwienienie i obrzmienie znacznie mniejsze. Chora może już otworzyć oko. Jeszcze raz 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Następnego dnia zaczerwienienie ustąpiło już prawie zupełnie, pozostał jedynie nieznaczny obrzęk powieki. Pacjentka czuje się zupełnie dobrze.

2. Chora, lat 56, róża podudzia, 40,3°. Chora zamroczona. 5 cm³ Prontosilu domięśniowo bez leczenia miejscowego; następnego dnia 37,5 — 37,9°. Pomimo to zaczerwienienie posunęło się dalej mniej więcej o 3 cm. Chora zupełnie spokojna i przytomna. Znowu 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Następnego dnia 37,7°. Obrzmienie ustąpiło bez śladu, zaczerwienienie znacznie bledsze. 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Następnego dnia samopoczucie doskonałe. Ostateczne wyleczenie.

3. Chory, lat 52. Róża prawego kolana po urazie. Skóra czerwona, bolesna, obrzmiała, 38,2°. 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Po za oczyszczeniem rany żadnego leczenia miejscowego nie stosowano. Następnego dnia obrzmienie ustąpiło zupełnie, utrzymuje się jedynie nieznaczne zaczerwienienie. 37,2°. 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Szybkie wyleczenie ostateczne.

Prontosil solubile stosuje się obecnie wyłącznie domięśniowo. Wstrzykiwania domięśniowe nie wywołują żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Prontosil wydziela się z ustroju przez nerki, przy czym mocz zabarwia się na kolor brunatno-czerwony.

Dr. G. HECHT, Zakład Farmakologii I. G. Farbenindustrie w Elberfeldzie.

ESMODIL, NOWY ZWIĄZEK POBUDZAJĄCY UKŁAD NERWU BŁĘDNEGO.

(Referat według Klin. Wschr. 1935, nr 27).

Esmodil, bromek trójmetylometoxypropenyloamonu, jest to biały, krystaliczny proszek o temperaturze topliwości 169°, bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu. Ampułki Esmodilu zawierają 3‰-owy izotoniczny roztwór tego środka, będącego preparatem pobudzającym w swoisty sposób układ parasympatyczny. Esmodil pobudza czynncść kiszek, zwiększa wydzielanie śliny i potu, zwęża źrenice, wywołuje bradykardię i obniża ciśnienie krwi. Esmodil

$$\begin{array}{l} CH_2 = \underset{\displaystyle O\,.\,CH_3\ Br}{\underset{|}{C}} - CH_2.N : (CH_3)_3 \end{array}$$

zajmuje jednak wśród środków pobudzających nerw błędny miejsce szczególne, polegające częściowo na swoistości działania, ograniczającego się wyłącznie do układu parasympatycznego. Na zwierzętach dostatecznie atropinizowanych Esmodil nie ujawnia swego działania. W doświadczeniach na atropinizowanych kotach większe dawki choliny lub acetylocholiny zawsze zwiększają ciśnienie tętnicze, natomiast Esmodil pozostaje w tych warunkach bez żadnego wpływu. Wstrzyknięcie Esmodilu do tętnicy nadnerczowej nigdy nie wywołuje wytrząsania adrenaliny. Doskonała tolerancja Esmodilu i brak własności toksycznych są związane przede wszystkim z wybiórczością działania wyłącznie na układ nerwu błędnego; na czynności niezależne od nerwu parasympatycznego Esmodil wcale nie działa. W doświadczeniach na białych myszach, ważących 20 g, dożylne wstrzykiwania Esmodilu w dawkach 0,05 — 0,5 mg wywoływały jedynie biegunkę. Dopiero po dawce 1,0 mg lub więcej występowały inne zaburzenia. Zwierzęta powracały jednak do zdrowia. Dawka przekraczająca 2 mg podskórnie wywołuje zejście śmiertelne. W doświadczeniach na królikach 0,01 — 0,02 mg na kilo wagi dożylnie pozostają prawie bez wpływu; 0,05 — 1,0 mg wywołują natychmiast ślinotok i wypróżnienie. Dopiero 2,0 mg na kg wagi dożylnie prowadzą przeważnie do zejścia śmiertelnego wśród objawów znacznego utrudnienia oddechu i zwolnienia tętna; w niektórych przypadkach zwierzęta pomimo zastosowania tak dużej dawki pozostają jednak przy życiu. Przy stosowaniu podskórnym 1 mg pro kg wagi wywołuje obfite wypróżnienie, dawka śmiertelna wynosi tu 5 mg. W doświadczeniach na kotach podskórne wstrzyknięcie 0,02 mg na kg wagi wywołuje po kilku godzinach papkowate wypróżnienie, podczas gdy dopiero 0,5 mg pro kg działa toksycznie (silny ślinotok, wymioty, gwałtowna biegunka) a 1 — 5 mg utrudniają oddech i prowadzą do śmierci.

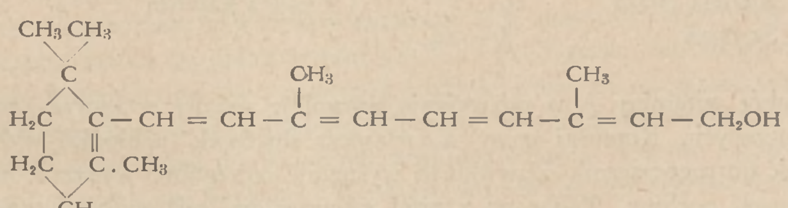
Przy stosowaniu Esmodilu dla celów lecznictwa praktycznego na pierwszy plan wysuwa się jego wpływ na ruchy kiszek. Na wyodrębnionych kiszkach cienkich działanie Esmodilu jest zupełnie podobne, również i pod względem ilościowym, do działania acetylocholiny. Na takim preparacie najmniejsza dawka czynna odpowiada rozcieńczeniu 1 : 1 miliard. Praktycznie ważne jest, że Esmodil jest w stanie przełamać działanie leczniczych dawek atropiny. W doświadczeniach wykonanych na kiszkach świnek morskich in vivo, wstrzyknięcie 0,04 mg Esmodilu na kg wagi zwierzęcia zupełnie zobojętniało i wyrównywało działanie uprzednio podanej atropiny (0,15 mg na kg wagi).

Przemiany chemiczne Esmodilu w ustroju nie są znane. Wiadomo jedynie z całą pewnością, że związek ten nie ulega jak acetylocholina fermentacyjnemu rozszczepieniu. Chemicznie Esmodil jest właśnie przy odczynie słabo zasadowym związkiem bardzo trwałym, podczas gdy już przy odczynie słabo kwaśnym, zwłaszcza w cieple, łatwo się rozkłada i staje się nieczynnym.

WITAMINA A.

Prof. dr *Stepp*, dr *Kühnau* i prof. dr *Schroeder*, Klin. Wew. w Monachium (referat według „Witaminy i ich stosowanie kliniczne". Stuttgart, 1936), dr Ch. C. *Higgins*, Cleveland (Journ. Am. Med. Ass. 1935, nr 13), dr B. *Lustig*, Zakład Pearsona, Wiedeń i dr H. *Wachtel*, Zakład Radowy w Krakowie (Z. Krebsf. 1936, tom 44), dr F. *Strebel*, Lucerna (Kl. Mtsbl. Aughlk. 1936, tom 97), prof. dr *Baetzner*, Szpital R. Kocha w Berlinie (Ztbl. Chir. 1937, nr 6).

W roku 1909 *W. Stepp* a później *F. C. Hopkins* zauważyli, że brak w pożywieniu pewnego związku, rozpuszczającego się w tłuszczach, wywołuje u małych gryzoniów ciężką chorobę oczu. Dalsze dokładne badania wykazały, że związek ten jest witaminą A. Obecnie możemy otrzymać tę witaminę również w postaci krystalicznej. Witamina A posiada następujący wzór chemiczny:



Prowitaminą A, z której przez podział wytwarza się w wątrobie witamina A, jest karotyna. Obecność karotyny oraz w ogóle karotynoidów i witaminy A można wykazać za pomocą podanego przez *Carr-Price'a* odczynu z chlorkiem antymonu.

Witamina A, względnie jej prowitamina, występuje w świecie roślinnym przeważnie łącznie z chlorofilem. Stosunki te są dzisiaj zbadane już dość dokładnie, tak że możemy powie-

dzieć, iż wytwarzanie chlorofilu i karotynoidów przebiega równolegle, jednakże bezpośredniej zależności powstawania jednego związku z drugiego nie udało się wykazać. Jeżeli przetwory świata roślinnego wywierają czynne działanie witaminy A, to zawdzięczają to zawartości karotyny. Pozostaje na razie pod znakiem zapytania, czy wogóle rośliny zawierają gotową witaminę A. Zawartość karotyny w roślinach zależy od ziemi, na której rosną. Obecność miedzi, manganu, cynku, niklu i chromu w ziemi wybitnie zwiększa ilość karotyny w roślinach. Zielone części roślin obfitują w karotynę; gdy stają się na jesieni żółte, zawartość karotyny zmniejsza się mniej więcej 20-krotnie. Podziemne części roślin zawierają przeważnie bardzo mało karotyny. Grzyby zawierają mało witaminy A lub nie zawierają jej wcale, wodorosty natomiast posiadają jej dużo. Owoce nie przedstawiają dobrego źródła omawianej witaminy, stosunkowo jeszcze najwięcej znajdujemy jej w jagodach a bardzo dużo w suszonej dyni.

Człowiek i zwierzęta — z wyjątkiem kota i niektórych ryb — przetwarzają karotynę w witaminę A w wątrobie. Witamina A odkłada się we wszystkich tkankach i narządach, a zwłaszcza w wątrobie; u kobiet magazynowanie witaminy A jest większe niż u mężczyzn, prawdopodobnie w związku z silniejszym rozwojem tkanki tłuszczowej. Podczas ciąży wątroba obfituje w witaminę A i zawiera 95 % całego zapasu. W mleku oprócz witaminy A znajdujemy również karotynę; żółte masło, obfitujące w karotynę, przedstawia doskonałe źródło witaminy; jeszcze więcej witaminy A zawiera tran. Tran turbota ma zawierać więcej witaminy A niż wszelkie inne trany.

Zawartość karotyny + witamina A w różnych środkach spożywczych, wyrażona w mg karotyny na 100 g, przedstawia poniższa tablica:

Tran	4—200	Marchew	8
Masło	2— 20	Pomidory	1,6
Żółtko jaja	2— 20	Zielona fasolka	1,4
Mleko	0,2—0,8	Rzeżucha wodna	4
Ser	1,6—3,2	Jeżyny	0,8
Wątroba, latem	40	Borówki	1,6
Wątroba, zimą	7— 12	Czereśnie	0,6
Zielona sałata	20	Zielona kapusta	4
Szpinak	8— 24		

Niedobór witaminy A w pożywieniu wywołuje zmiany w skórze i na błonach śluzowych. Komórki skóry, a zwłaszcza śluzówek (nabłonki) wykazują skłonność do rogowacenia; zjawisko to występuje szczególnie wyraźnie na błonie śluzowej pochwy. Związana z tymi zaburzeniami odżywczymi przepuszczalność powierzchownych warstw nabłonka zmniejsza naturalną odporność ustroju przeciwko zakażeniom wszelkiego rodzaju. Brak witaminy A wywołuje w doświadczeniach na zwierzętach zmiany chorobowe dziąseł, schorzenia ucha, stany zapalne śluzówek dróg moczowych, płuc itd. Gruczoły zmniejszają swą czynność wydzielniczą, w gruczołach ślinowych wytwarza się zastój i nie rzadko dochodzi nawet do zropienia; podobne zjawiska w gruczołach łzowych wywołują zeschnięcie oka i rozmiękczenie rogówki.

Również nieprawidłowe nadmierne wytwarzanie się szkliwa i zębiny i zaburzenia rozwojowe zębów oraz wytwarzanie się kamieni w drogach żółciowych i moczowych, zwłaszcza u szczurów, są przede wszystkim wyrazem chorobowo zmienionej budowy nabłonka.

Witamina A jest również potrzebna dla regeneracji purpury wzrokowej w siatkówce oka, w której znajduje się dużo witaminy A; brak witaminy w siatkówce wywołuje ślepotę kurzą, która przedstawia zresztą pierwszy swoisty objaw ubytkowy awitaminozy A. Purpura wzrokowa jest być może połączeniem białkowym witaminy A. Jeżeli ustrój otrzymuje zbyt mało witaminy A, to przede wszystkim cierpi na tym budowa barwnika niezbędnego do widzenia. W Danii podobno 40—50% dzieci wykazuje objawy ślepoty kurzej.

Niezbędnym warunkiem wchłaniania witaminy A jest obecność obojętnych tłuszczów w pożywieniu, żółć nie ma tu natomiast większego znaczenia. Witaminę A można wykazać w układzie chłonnym w 2 — 3 godziny po jej spożyciu. Po spożyciu karotyny ulega ona w ustroju przemianie na witaminę A i zostaje jako taka zmagazynowana. Przemiana nie odbywa się jednak nigdy w 100%, lecz zawsze odkłada się również pewna niewielka ilość karotyny.

Średnie zapotrzebowanie człowieka wynosi przeciętnie 3 — 5 mg karotyny dziennie. Minimum wynosi około 1 mg, optimum około 5 mg. Rozpiętość między minimum a optimum jest przy witaminie A szczególnie duża. Hormon tarczycy niweczy wpływ witaminy A na wzrost i nie dopuszcza do odkładania się tej witaminy w wątrobie, również odwrotnie witamina A skutecznie chroni przed zatruciem preparatami tarczycy. Tyroksyna zwiększa zużycie witaminy A. W przypadkach trwającego już od dłuższego czasu tarczycopochodnego uszkodzenia wątroby, przemiana karotyny w witaminę A staje się niedostateczna.

Bardzo dobre wyniki osiąga się przy leczeniu chorób oczu. Kurza ślepota, wczesny objaw braku witaminy A, szybko reaguje na zastosowanie tej witaminy. Wyniki lecznicze stały się jeszcze lepsze od czasu, gdy otrzymaliśmy do dyspozycji preparaty zawierające witaminę A w znacznych stężeniach (Vogan). Przeciętna dawka dla dzieci wynosi 3 × 5 kropel Voganu, dla dorosłych 3 × 10 kropel. Również przy owrzodzeniach rogówki, które już od dawna uzależniano do pewnego stopnia od niedoboru witaminy A, miejscowe stosowanie Voganu w postaci zakraplania do oka sprowadzało wyleczenie. Tak np. *Stepp* wyleczył rozległe owrzodzenie rogówki u karmiącej kobiety za pomocą miejscowego stosowania Voganu; podobny przypadek opisał również *Heinsius*. *Strebel* leczył Voganem z dobrymi wynikami brzeżne owrzodzenie rogówki oraz Keratitis disciformis, tak odporne zwykle na wszelkie zabiegi lecznicze.

Przeciwzakaźne działanie witaminy A ogranicza się głównie do tych zakażeń, przy których względny lub bezwzględny brak witaminy A w błonach śluzowych usposabia do zmian w śluzówkach, które następnie umożliwiają zarazkom chorobotwórczym przeniknięcie do ustroju. W piśmiennictwie lekarskim ca-

łego świata znajdujemy liczne opisy spostrzeżeń o pomyślnym wpływie witaminy A na zakażenia nieżytowe. Jako „ochronna witamina nabłonków" pobudza witamina A ziarninowanie ran; stosuje się w tym celu maść zawierającą Vogan. 1 cm^3 Voganu odpowiada 120.000 międzynarodowych jednostek obliczonych biologicznie (dawniej 40.000 biologicznych jednostek szczurzych). ½ — 2%-owe maści z Voganu działają bardzo pomyślnie przy oparzeniach wszelkiego rodzaju (również przy oparzeniach wywołanych promieniami rentgenowskimi). Wydaje się, że podawanie doustne nie zawsze może zastąpić stosowanie miejscowe; miejscowy wpływ witaminy A na tkanki rozstrzyga często o dalszym przebiegu choroby. *Baetzner* opisuje pomyślne wyniki stosowania 1% maści voganowej przy owrzodzeniach podudzi i przy głębokich odleżynach; podawanie Voganu do wewnątrz umożliwiło wyleczenie ciężkiej furunkulozy i wąglika uda. Vogan ma wykazywać wpływ hamujący na wzrost nowotworów. *Lustig* i *Wachtel* wykonali doświadczenia na myszach z rakami *Ehrlicha* i stwierdzili, że Vogan hamuje wzrost guza lub uniemożliwia przyjęcie się przeszczepu raka. U ludzi leczono okładami z Voganu nabłoniaki skórne i raki sutka. Zwłaszcza owrzodzenia rakowate poprawiały się wyraźnie pod wpływem Voganu[1]) na szereg miesięcy, jednakże na przerzuty Vogan nie działał. W poszczególnych przypadkach stosowano z Voganem koloidalną miedź a następnie rad.

Moore i *Ellison* (Cambridge, Biochemical Journal 1937, tom 31) obliczyli zawartość witaminy A w wątrobie ludzi poprzednio zdrowych, zmarłych wskutek nieszczęśliwych wypadków i stwierdzili, że 1 g świeżej wątroby zawiera przeciętnie 220 międzynarodowych jednostek witaminy A. Zawartość witaminy A u ludzi zmarłych wskutek różnych chorób była znacznie mniejsza:

Hypertonia	120	Lues	95
Carcinoma	110	Endocarditis septica	90
Appendicitis	110	Bronchitis	80
Cholangitis	110	Nephritis	75
Ulc. ventr. aut doud	110	Pneumonia	63
Tbc.	96	Sepsis	51

Obliczanie rezerwy witaminy A w wątrobie dzieci zmarłych wskutek nieszczęśliwych wypadków, określone na g świeżej wątroby, dało wyniki stosunkowo mniejsze niż u dorosłych. Należy tu jednak uwzględnić, że wątroba dziecięca jest stosunkowo duża. W 1 g świeżej wątroby znaleziono przy odrze 110 j. międzyn., przy zapaleniu płuc 78, przy posocznicy 47 i przy chorobach serca 15.

Ze względu na antagonizm między hormonem tarczycy i witaminą A stosowano ją (Vogan) także przy ciężkiej chorobie Basedowa, po czym zawartość witaminy A w ustroju zwiększała się. W chorobie Basedowa zużycie witaminy A zwiększa się, natomiast w zaburzeniach wprost odwrotnych, czyli przy

[1]) Rozumie się samo przez się, że stosowanie Voganu przedstawia na razie próbę dodatkowego leczenia, które w żadnym wypadku nie powinno zastąpić innych zwykle stosowanych zabiegów.

niedomodze tarczycy — obrzęku śluzakowatym i kretynizmie — zużycie witaminy A znacznie się zmniejsza. W związku z tym należy uznać, że w tych cierpieniach istnieje zaburzenie w przetwarzaniu karotyny w witaminę A, a w niektórych przypadkach wątroba traci zdolność magazynowania karotyny i witaminy A. W chorobie Basedowa duże dawki Voganu (3 razy dziennie po 30 kropel) wywołują znaczne zwiększenie się wagi i obniżają często wzmożoną podstawową przemianę materii do stanu prawidłowego. Szczególnie pomyślnie reagują na Vogan przypadki choroby Basedowa, wywołane przez jod. Również u osób z tarczycą zdrową Vogan może poprawiać apetyt i sprzyjać w ten sposób zwiększeniu się wagi; w tym znaczeniu można stosować Vogan jako środek tuczący. Brak witaminy A wywołuje zwyrodnienie nabłonków również w drogach moczowych; ułatwia to zakażenie bakteryjne a przy moczu zasadowym sprzyja wytwarzaniu się kamieni fosforanowych; na związek zachodzący między wytwarzaniem się kamieni nerkowych i hipowitaminozą A pierwszy zwrócił uwagę *Higgins*.

Zwiększone zużycie witaminy A przy gorączce uzasadnia całkowicie podawanie Voganu w gorączkowych chorobach zakaźnych, zapaleniu płuc, grypie i gorączce połogowej. *Melanby* i *Greems* opisali nawet przypadek wyleczenia ciężkiej gorączki połogowej za pomocą stosowania dużych dawek witaminy A; spostrzeżenie to wymaga jednak potwierdzenia na większym materiale klinicznym.

Dr C. E. SCHUNTERMANN, Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Düsseldorfie.

W SPRAWIE LECZENIA OBWODOWEJ NIEDOMOGI KRĄŻENIA.

(Referat według Klin. Wschr. 1933, nr 24).

Przy leczeniu niedomogi krążenia należy odróżniać nagłą zapaść od niedomogi rozwijającej się powoli. Dla przezwyciężenia ostrego niebezpieczeństwa podczas zapaści mogą wystarczyć środki działające przez czas krótki, natomiast przy zaburzeniach krążenia utrzymujących się przez czas dłuższy, jak np. przy zatruciach środkami narkotycznymi lub przy zatruciach toksynami bakteryjnymi w przebiegu chorób zakaźnych, środki o krótkim czasie działania

okazują się zupełnie niedostateczne. Los chorych, zwłaszcza przy krótko trwających chorobach zakaźnych, jak grypa lub zapalenie płuc, zależy w znacznym stopniu właśnie od odpowiedniego leczenia krążenia, które należy opierać na wynikach badań farmakologicznych i dokładnych spostrzeżeniach poczynionych przy łóżku chorego. Na pierwszym miejscu należy tu wymienić przeważnie ośrodkowo pobudzającą kofeinę (trójmetyloksantynę). Wobec tego jednak, że pneumokokowe zapalenie płuc przebiega nierzadko z niepokojem ruchowym i stanami podniecenia, które mogłyby się pod wpływem kofeiny jeszcze spotęgować, należy uważać kofeinę dla niespokojnych chorych za środek nieodpowiedni. Suprarenina (dwuoksyfenylometyloaminoetanol) działa podczas zapaści szybko i pewnie, jednakże dłuższe stosowanie Suprareniny dla leczenia niedomogi krążenia przy chorobach zakaźnych natrafia na poważne zastrzeżenia. Wobec tego, że działanie Suprareniny przemija już w kilka minut po podskórnym wstrzyknięciu, należałoby wstrzykiwać bardzo często w krótkich odstępach czasu. Wówczas jednak ujawnia się skłonność adrenaliny do wywoływania migotania komór. *Schottmüller* usiłował uniknąć obu tych ujemnych stron przez stosowanie dożylnych kroplówek. Niestety metoda *Schottmüllera* nie jest taka prosta i łatwa, aby ją można było powszechnie stosować. Pochodna adrenaliny (p-oksyfenylometyloaminoetanol) jest już znacznie lepszym środkiem analeptycznym. Przeważnie obwodowo działa Ephedrina (= fenylometyloaminopropanol), której nie można jednak stosować kilkakrotnie zawsze z tym samym wynikiem. Po ustąpieniu działania poprzedniego wstrzyknięcia, każde następne wstrzyknięcie działa już coraz słabiej. W przeciwieństwie do tych środków Icoral zawiera związek zbliżony chemicznie do Ephedriny (m-oksyfenylopropanolamina = meta-oxynorephedrina), który wyróżnia się długotrwałością działania i w dawkach leczniczych nie wywołuje żadnych objawów toksycznych. Przy powtarzaniu wstrzykiwań działanie Icoralu z biegiem czasu wcale nie słabnie i nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki dla osiągnięcia tego samego efektu. Poza tym Icoral zawiera związek syntetyczny o działaniu podobnym do lobeliny (m-oksy-etylo-dwuetyloaminoetyloaminobenzol), który bezpośrednio pobudza ośrodek oddechowy. Jeżeli człowiekowi organicznie zdrowemu i z prawidłowym narządem krążenia wstrzyknąć domięśniowo 1 cm^3 Icoralu, to stwierdzimy, że częstość tętna zmniejszy się, ciśnienie podniesie się umiarkowanie, oddech pogłębi i przyspieszy. Jednocześnie wystąpią objawy akapnii: zawrót głowy, szum w uszach, wrażenie odurzenia i chwiejny chód. Te zaburzenia trwają około 3 godzin. Ze spostrzeżeń opartych na obserwacji 5 chorych, zatrutych tlenkiem węgla, wynika, że również i tutaj Icoral pogłębia i przyspiesza oddech, podnosi ciśnienie tętnicze i zwalnia tętno. Podczas gdy prawidłowo czynny ośrodek oddechowy i naczynioruchowy zostaje przez Icoral nadmiernie podniecony i wywołuje w związku z tym objawy nad-

czynności, ośrodki o działaniu zbyt słabym zostają przez Icoral doprowadzone do stanu prawidłowego.

Na szczególną uwagę zasługuje działanie Icoralu przy przyspieszonym oddechu w przebiegu zapalenia płuc. Autor obserwował w ciągu ostatnich 2 lat 56 chorych dotkniętych niepowikłanym płatowym zapaleniem płuc; we wszystkich przypadkach występowało pod wpływem Icoralu zwolnienie tętna i oddechu. Ciśnienie krwi pozostawało przeważnie na jednakowej wysokości.

Przyczyny przyspieszenia oddechu przy płatowym zapaleniu płuc są różnorodne. Przeważnie zależy ono od bólów opłucnowych, które uniemożliwiają głębsze oddychanie. Często stwierdza się jednak znaczne przyspieszenie oddechu również bez kłucia w boku i bez bólu przy głębokim oddychaniu. Jeżeli wyłączyć u chorych bojaźliwych czynniki psychiczne, to należy uznać, że przyspieszenie oddechu polega na odczynie odruchowym, wychodzącym z samego uszkodzonego narządu. Zwiększone podczas gorączki zapotrzebowanie tlenu może być wyrównane bądź przez oddech powolny i głęboki, bądź przyspieszony i powierzchowny. Przy zapaleniu płuc to wyrównanie następuje przeważnie przez zwiększenie częstości przy oddechu powierzchownym. Odchylenia od tego prawidła stwierdza się tylko przy zapaleniach płuc u asteników, starców i pijaków. Przy bardzo dużym przyspieszeniu oddechu — nierzadko dochodzi do 60 oddechów na minutę — oddychanie powierzchowne może być niedostateczne do utrzymania na potrzebnym poziomie przemiany gazowej; prowadzi to do braku tlenu w ustroju i wywołuje objawy asfiksji. Zmniejszenie częstości oddechu przy jednoczesnym pogłębieniu ruchów oddechowych oznacza nietylko znaczną ulgę podmiotową dla chorego na zapalenie płuc lecz przede wszystkim duże odciążenie krążenia. Zwolnienie tętna pod wpływem Icoralu należy tu przypisać zarówno bezpośredniemu działaniu preparatu na krążenie jak i normalizacji oddechu. Przy silniejszej sinicy zachodzi czasami potrzeba, aby krew zalegającą zastoinowo w splocie podbrodawkowym skóry wprowadzić z powrotem do ogólnego krążenia. W tym celu należy zastosować środki posiadające swój punkt uchwytu bezpośrednio w układzie naczyń włosowatych. Zadanie to najlepiej spełnia Hypophysina lub Tonephina. Tonephinę można stosować w jednej strzykawce z Icoralem; w przypadkach nagłych można to połączenie leków, rozcieńczone w 10 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej, wstrzykiwać powoli dożylnie; w przypadkach pozornie rozpaczliwych dozwolone jest nawet wstrzyknięcie dosercowe (bez uprzedniego rozcieńczenia). W ten sposób udało się *Schuntermannowi* przywrócić do świadomości dwóch chorych na zapalenie płuc, znajdujących się już w stanie głębokiej śpiączki z wygasłymi odruchami i oddechem *Cheyne-Stokesa*.

Czas działania Icoralu u chorych ludzi bywa różny i waha się zależnie od ciężkości choroby od 1 do 3 godzin. W przypadkach zatruć zewnątrzpochodnych czas ten może być nawet jeszcze krótszy. Staranna obserwacja i doświadczenie w ocenie zachowania się krążenia podczas różnych chorób umożliwiają właściwe dawkowanie. Toksyczność Icoralu jest nie-

wielka. W przypadkach zapalenia płuc wstrzykiwano domięśniowo do 24 cm³ na dobę i do 205 cm³ w ciągu 15 dni bez żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Dożylnych wstrzykiwań nierozcieńczonych roztworów Icoralu lepiej unikać.

Dla dłuższego leczenia toksycznego osłabienia krążenia przy chorobach zakaźnych, środki istniejące dotychczas były nie wystarczające. Icoral z powodzeniem wypełnił tę przykrą lukę.

Kamfory i jej namiastek *Schuntermann* w swej pracy nie omawia, gdyż preparaty te działają na krążenie jedynie pośrednio przez ośrodek oddechowy i naczynioruchowy.

Dr M. ROTHERMUNDT i dr R. RICHTER, Instytut Chemoterapii w Frankfurcie n. M.

BADANIA NAD WYDALANIEM I ZATRZYMYWANIEM SOLU-SALVARSANU W USTROJU ZWIERZĘCYM.

(Referat według Ztsch. für Immunforsch. u. exp. Therapie 1935, tom 85).

Istnieje już cały szereg prac klinicznych o leczeniu kiły za pomocą Solu-Salvarsanu, lecz pomimo to nie mieliśmy dotychczas danych o wydalaniu i zatrzymywaniu tego preparatu w ustroju. Na zlecenie *Kollego* autorzy przystąpili do badań nad zachowaniem się Solu-Salvarsanu w ustroju białych myszy i królików. Najpewniejszym sposobem badania Salvarsanu jest chemiczne wykrywanie arsenu. Metoda ta nie pozwala wprawdzie na wyciąganie wniosków o rozkładzie preparatów salvarsanowych, posiada jednak cenną zaletę znacznej dokładności. Dla określenia arsenu autorzy korzystali z metody *Haurowitza* i *Breinla*, która umożliwia pracę stosunkowo szybką i jednocześnie bardzo dokładną. Granica błędu waha się około ± 5%, a przy ilościach poniżej 5 γ podnosi się do ± 15%.

20 myszom jednakowej wagi (13 g) wstrzykiwano dożylnie 0,65 cm³ (to znaczy 1 cm³ na 20 g myszy) Solu-Salvarsanu w roztworze 1 : 150; drugiej grupie 20 myszy wstrzykiwano zupełnie w takich samych warunkach odpowiednią ilość Neosalvarsanu. Ilość arsenu wstrzyknięta w Solu-Salvarsanie wynosiła wobec tego 1,15 mg, a w Neosalvarsanie 0,85 mg As. Po upływie różnych okresów czasu zabijano gazem po 2 myszy i poddawano je dokładnej analizie. Rozumie się samo przez się, że uwzględniano przy tym prawidłową zawartość arsenu myszy kontrolnych wynoszącą około 4 — 8 γ As.

Z dokonanych badań wynika, że krzywa zatrzymania Solu-Salvarsanu i Neosalvarsanu przebiega po 1 dniu prawie zupełnie jednakowo, pomimo że ilość arsenu wstrzykniętego w Solu-Salvarsanie jest, jak to już powyżej zaznaczyliśmy, w przybliżeniu o 30% większa. Wynika z tego, że wstrzyknięty dożylnie Solu-Salvarsan wydziela się w pierwszym dniu prędzej niż Neosalvarsan. Następnie aż do 4. dnia szybkość wydalania Solu-Salvarsanu stopniowo się

zwalnia, po czym wydziela się on znowu prędzej niż Neosalvarsan. W całości krzywa wydalania Solu-Salvarsanu jest bardziej stroma i nieprawidłowa niż stosunkowo płaska i prawidłowa krzywa Neosalvarsanu.

Badania nad zatrzymywaniem arsenu w poszczególnych narządach po dożylnych wstrzykiwaniach Solu-Salvarsanu i Neosalvarsanu przeprowadzali autorzy na królikach, które poprzednio nie otrzymywały ani Salvarsanu ani w ogóle żadnego preparatu zawierającego arsen. Królikom wstrzykiwano dożylnie w 4-dniowych odstępach czasu Solu-Salvarsan albo Neosalvarsan. Ogólna dawka Solu-Salvarsanu wynosiła 0,96 g, dawka pojedyńcza — 0,24 g. Ogólna dawka Neosalvarsanu wynosiła 1,12 g, dawka pojedyńcza — 0,28 g. Odpowiada to zawartości arsenu 0,26 g przy Solu-Salvarsanie i 0,22 g przy Neosalvarsanie. W 21 dni po pierwszym wstrzyknięciu zwierzęta zabijano. Na zwierzętach kontrolnych obliczano prawidłową zawartość arsenu w różnych narządach. Poniższe zestawienie uwidacznia kolejność różnych narządów odnośnie do ilości odkładającego się w nich arsenu. Przy stosowaniu Solu-Salvarsanu najwięcej arsenu odkłada się w wątrobie, a przy stosowaniu Neosalvarsanu — w skórze.

Odkładanie się Solu-Salvarsanu		Odkładanie się Neosalvarsanu	
Wątroba	Krezkowe gruczoły chłonne	Skóra	Oczy
Skóra	Oczy	Wątroba	Ściana pęcherza
Kątnica	Mięsień sercowy	Okrężnica	Śledziona
Nerki	Mózg	Kątnica	Krezkowe gruczoły chłonne
Ściana żołądka	Nadnercza	Ściana żołądka	Nadnercza
Jelita cienkie	Tłuszcz zamostkowy	Jelita cienkie	Tłuszcz zamostkowy
Okrężnica	Ściana pęcherza	Płuca	Mózg
Płuca		Nerki	Tarczyca
Śledziona		Mięsień sercowy	

Arsen odkłada się również w szpiku kostnym i mięśniach szkieletowych, jednakże ze względu na trudności określania całkowitej wagi tych narządów układowych, otrzymanych danych nie można umieścić w podanym szeregu.

Przy porównywaniu ilości arsenu znalezionych w różnych narządach przy leczeniu Solu-Salvarsanem wzgl. Neosalvarsanem rzuca się w oczy, że przy Solu-Salvarsanie zawartość arsenu w mózgu i w tarczycy jest prawie 10 razy większa niż przy Neosalvarsanie; również i w gruczołach chłonnych i śledzionie znajdujemy przy Solu-Salvarsanie znacznie więcej arsenu niż przy Neosalvarsanie.

Ogólna przeciętna zawartość arsenu we wszystkich zbadanych narządach wynosiła przy Solu-Salvarsanie 5143,6 γ, przy Neosalvarsanie 5097,5 γ. Liczby te wykazują nadzwyczajną zgodność ogólnej ilości odłożonego arsenu, co dowodzi, że odkładanie obu preparatów w ciągu tego samego czasu jest zasadniczo ilościowo jednakowe. Podział natomiast arsenu w poszczególnych narządach jest przy obu tych preparatach zasadniczo odmienny. Podczas gdy Neosalvarsan skupia się w większym stopniu w narządach wydzielniczych, jak

przewód pokarmowy, ściana pęcherza moczowego, skóra, a następnie w płucach i w mięśniu sercowym, Solu-Salvarsan zostaje związany przede wszystkim w narządach o budowie gruczołowej, jak tarczyca, wątroba, nadnercza, śledziona i szpik kostny. Po upływie 25 dni można wykryć już zaledwie ślady wstrzykniętej ilości arsenu.

Względna niejadowitość Solu-Salvarsanu nie jest wynikiem szczególnie szybkiego i całkowitego wydalania z ustroju, lecz zależy przede wszystkim od odkładania się preparatu przeważnie w tych narządach, które odgrywają ważną rolę jako narządy odtruwające.

Dr U. WETZEL, Instytut Higieny w Gryfii.

BADANIA NAD ODKAŻANIEM RĄK ZA POMOCĄ ZEPHIROLU.

(Referat według Arch. Hyg. 1935, tom 114).

Najdokładniejszą metodą badania środków dezynfekcyjnych jest metoda *Paula* i *Sarvey'a* (Münch. med. Wschr. 1899, str. 1633), która wyłącza w niezawodny sposób wszelkie możliwe źródła błędów i pozwala na przedmiotową ocenę wartości odkażającej badanego preparatu. Autor badał tą metodą nowy środek dezynfekcyjny Zephirol, przedstawiający wodny roztwór mieszaniny wysokodrobinowych chlorków alkido-dwumetylo-benzylo-amonu.

Zadanie polegało na obliczeniu ilości zarazków na rękach w 4 następujących warunkach:

1. Na rękach suchych i wilgotnych w zwykłych codziennych warunkach, 2. na rękach mytych gorącą wodą i mydłem przez 5 minut, 3. na rękach mytych środkiem dezynfekcyjnym, 4. na rękach poddanych po tym odkażeniu działaniu gorącej kąpieli ręcznej przez 10 minut i mocnemu nacieraniu piaskiem przez 5 minut.

Próby trzecią i czwartą wykonywano w jałowej kasecie, aby uniemożliwić jakiekolwiek zanieczyszczenie, zwłaszcza przez drobnoustroje z powietrza. Bakterie z całej powierzchni ręki, z nasady paznokci i spod paznokci pobierano twardymi jałowymi drewienkami. Następnie strząsano bakterie z drewienek do rureczki z jałową wodą, wodę wylewano na płytki agarowe, umieszczano na 2 do 6 dni w cieplarce w temperaturze 37^0 i wreszcie obliczano ilość wyrosłych kolonij.

Dla porównania przeprowadzono analogiczne badania nad zachowaniem się rąk po dezynfekcji gorącą wodą i alkoholem. Czas mycia w gorącej wodzie z mydłem wynosił 10 minut, w 60%-owym alkoholu — 5 minut, odpowiednio do postępowania przyjętego na klinice chirurgicznej Uniwersytetu w Gryfii.

Potwierdzono przy tym już od dawna znany fakt, że mycie gorącą wodą i mydłem zmniejsza zaledwie bardzo nieznacznie ilość zarazków na skórze albo nie zmienia jej nawet wcale i dopiero odkażenie alkoholem lub Zephirolem działa energicznie i istotnie dezynfekuje ręce. Wykazano następnie, że pod wpływem czynników mechanicznych ilość zarazków znowu się zwiększa, gdyż drobnoustroje przenikają w obfitości z głębi por i drobnych uchyłków skórnych na powierzchnię skóry oraz że ilość bakteryj u poszczególnych osobników bywa bardzo zmienna.

Odkażanie Zephirolem natychmiast zmniejszało w znacznym stopniu wielką poprzednio ilość zarazków na rękach. W trzech spośród 7 doświadczeń stwierdzono nawet zupełną jałowość powierzchni rąk. Zawartość bakteryj w okolicy paznokci była przy stosowaniu Zephirolu również mniejsza niż przy stosowaniu alkoholu. Z powyższych doświadczeń wykonanych w jałowych kasetach wynika, że Zephirol jako środek dla odkażania rąk w praktyce chirurgicznej conajmniej dorównywa alkoholowi, a częściowo nawet go przewyższa.

Po przekonaniu się w badaniach laboratoryjnych o wartości dezynfekcyjnej Zephirolu wykonano szereg prób praktycznych w klinice chirurgicznej Uniwersytetu w Gryfii.

Chirurdzy w klinice myją ręce mydłem i szczotką w gorącej stojącej wodzie, którą podczas mycia zmienia się 3 razy. Jako środek odkażający stosowano roztwór 500 cm³ Zephirolu (5 cm³ roztworu podstawowego na 495 cm³ jałowej przekroplonej wody). Doświadczenia porównawcze z 60%-owym alkoholem zestawiano każdorazowo z wynikami stosowania Zephirolu, osiągniętymi w tym samym dniu w dokładnie takich samych warunkach. Bakterie pobierano do obliczenia: 1. przed myciem, 2. po 10-minutowym myciu mydłem i gorącą wodą, 3. po 5-minutowym myciu środkiem dezynfekcyjnym, 4. po operacji. Przed każdym pobraniem bakteryj, za wyjątkiem pobrania dokonywanego po operacji, zlewano ręce jałowym fizjologicznym roztworem soli kuchennej, aby nawet ślad wody do mycia lub środka dezynfekcyjnego nie przeniknął do agaru.

Powyższe doświadczenia praktyczne wykazały wyraźnie wielkie i cenne zalety Zephirolu. Podczas gdy bezpośrednio po dezynfekcji alkoholowej ilość drobnoustrojów w najlepszym przypadku wynosiła jeszcze 1600, a przeważnie nawet znacznie więcej, w 6 próbach z Zephirolem (na ogólną liczbę 14 doświadczeń) stwierdzono bezpośrednio po myciu bezwzględną jałowość obu rąk. W 5 doświadczeniach jedna ręka była jałowa, podczas gdy na drugiej znaleziono 1, a najwyżej 9 bakteryj. Zaledwie w 3 przypadkach obie ręce były niejałowe z największą ilością 780 drobnoustrojów w jednym przypadku. Najniższa ilość bakteryj przy odkażaniu alkoholowym była znacznie większa. Jeszcze pomyślniejsze wyniki dla Zephirolu dało obliczenie drobnoustrojów po operacji. W 9 doświadczeniach (na ogólną liczbę 14) obie ręce pozostały po kilkogodzinnej pracy zupełnie jałowe, w 3 doświadczeniach jedna z rąk zawierała bardzo mało zarazków, w przypadku z największą ilością — 39. Jedynie w 2 przypadkach obie ręce były niejałowe i zawierały 1 a najwyżej 3 bakterie. Odnośnie do tych wyników badania jałowości rąk po operacji nie można również uczynić zarzutu, jakoby minimalne ilości roztworu odkażającego przedostały się, pomimo spłukania rąk, do agaru i uniemożliwiły tam

rozwój zarazków. Z wykonanych więc doświadczeń należy wyciągnąć wniosek, że przy chirurgicznym odkażaniu rąk Zephirol jest skuteczniejszy niż 60%-owy alkohol. Co się tyczy wpływu Zephirolu na skórę, to autor stwierdził, że Zephirol nie wywołuje żadnego podrażnienia skóry, nawet na rękach, które okazywały skłonność do pryszczycy już pod wpływem dezynfekcji alkoholowej.

Prof. dr BOTELLA - LLUSIA, Klinika Położnicza w Madrycie.

STOSOWANIE DEVEGANU W POŁOŻNICTWIE.

(Referat według Ztbl. Gyn. 1935, nr 48).

U wszystkich ciężarnych, u których flora pochwowa wykazywała II. — IV. stopień czystości autor przeprowadził leczenie za pomocą Deveganu (węglowodany + arsen + kwas borny). Spostrzeżenia autora opierają się na obserwacji 22 pacjentek. Co 3 dni wprowadzano do pochwy po 2 — 3 tabletki Deveganu; przed zakładaniem Deveganu i po 24 godzinach przepłukiwano pochwę jałową wodą. Jedynie 2 chore dotknięte upławami na tle zakażenia gonokokowego nie zareagowały pomyślnie na działanie lecznicze Deveganu. We wszystkich pozostałych przypadkach Devegan złagodził upławy lub usunął je zupełnie i poprawił stopień czystości pochwy.

Chora Nr	Stopień czystości flory pochwowej					UWAGI
	Przed leczeniem	po 3 dniach	po 6 dniach	po 9 dniach	po 12 dniach	
1	II	II	I	I	I	Upławy znacznie mniejsze
2	II	II	II	I	I	„ „ „
3	II	III	II	II	I—II	„ bez zmiany
4	II	—	II	II	II	„ „ „
5	II	II	II	I	I	„ „ „
6	II	II	II	II	II	„ „ „
7	II	I	I	I	I	„ mniejsze
8	III	II	II	II	II	„ „
9	III	III	III	II	I—II	„ „
10	III	II	II	I	I	„ znacznie mniejsze
11	III	II	II	II	II	„ bez zmiany
12	III	III	III	III	III	Gonokoki
13	III—II	II	II	II	I	Upławy znacznie mniejsze
14	III	III—II	II	II	I	„ „ „
15	III	III	II	II	II	„ mniejsze
16	IV	III	III	II	II	„ „
17	IV	IV	II	II	I	„ znacznie mniejsze
18	IV	III	II	II	II	„ mniejsze
19	IV	IV	IV	IV	IV	Gonokoki
20	IV	III	II	II	I	Upławy mniejsze
21	IV	IV	IV	III	III	„ bez zmian
22	IV	III	III	II	II	

Powyższa tablica wykazuje w przekonywujący sposób pomyślny wpływ Deveganu na poprawę stopnia czystości pochwowej podczas ciąży. Devegan należy wobec tego uważać za wartościowy środek zapobiegawczy chroniący przed ew. zakażeniem porodowym.

Dr LEINS, Bürglen, (Thurgau).

PRZYPADEK KOLOSALNEJ DIUREZY PO OSTRYM, CAŁKOWITYM ZAŁAMANIU SIĘ NARZĄDU KRĄŻENIA.

(Referat według Schweiz. med. Wschr. 1936, nr 12).

W przypadkach ciężkiej niedomogi serca z ogólnymi obrzękami Salyrgan przedstawia nadzwyczaj wartościowy pomocniczy środek leczniczy. Szczególnie pomyślnie działają w odpowiednich przypadkach wstrzykiwania dootrzewnowe. Autor przytacza poniższą historię choroby:

J. Sch., choruje od 1927 roku. Co roku leczył się 1 lub 2 razy z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli na tle rozedmy płuc, duszności, ogólnej otyłości i osłabienia mięśnia sercowego. W listopadzie 1934 zapalenie płuc. Przebieg prawie zupełnie bezgorączkowy, jako objaw bezsilności ustroju w walce z chorobą. Następnie ostre osłabienie serca. Tętno źle wypełnione, niemiarowe, chwilami powyżej 120. Rozszerzenie serca aż do lewej linii pachowej, nagromadzenie się znacznej ilości płynu zastoinowego w nogach, jamie brzusznej i w jamach opłucnowych. Upusty krwi, naparstnica, środki moczopędne Nakłucia jamy brzusznej dawały każdorazowo najwyżej 4$^1/_2$ litra. Dobowa ilość moczu obniżyła się do 300 — 400 cm^3. Po nakłuciach jamy brzusznej diureza przejściowo nieznacznie się zwiększała. Wstrzykiwania Salyrganu, rtęciowego środka moczopędnego, zwiększały diurezę do 1500 — 2000 cm^3. Pomimo niewielkiego białkomoczu i umiarkowanie zwiększonego poziomu azotu resztkowego we krwi, tolerancja Salyrganu była doskonała. Z powodu znacznej niedomogi krążenia wydalanie moczu często już nazajutrz po wstrzyknięciu obniżało się znowu do 400 cm^3. Z tego względu autor postanowił dokonać wstrzyknięcia dootrzewnowego. Za pierwszym razem wstrzyknięto 2 cm^3, następnie zwiększono dawkę aż do 6 cm^3. Ilość moczu po wstrzyknięciu zwiększyła się do 7800 cm^3 w ciągu 24 godzin. Następnie diureza dobowa powoli się zmniejszała, lecz jeszcze po tygodniu wynosiła 2000 cm^3. Waga chorego zmniejszyła się z 96 do 72 kg. Obecnie po przeprowadzeniu kuracji kąpielami solankowymi pacjent znajduje się w zupełnej równowadze i od 2 miesięcy jest zdolny do pracy. Czynność serca jest wyrównana, wydalanie moczu prawidłowe.

Do wstrzykiwań dootrzewnych najlepiej nadaje się igla średniej wielkości z krótkim ostrzem, typu igieł stosowanych zwykle dla dokonywania odmy piersiowej. Igła musi jednak być niezbyt cienka, aby można było przez nią aspirować również i gęsty płyn wodobrzusza. Właściwe położenie igły należy sprawdzić za pomocą aspiracji. Autor radzi wstrzyknąć początkowo 2 cm^3, a następnie jeżeli serce może podołać tym wielkim ilościom oddawanego moczu, zwiększyć dawkę najwyżej do 4 cm^3. Jako dalsze zabiegi lecznicze niezbędne jest ograniczenie ilości przyjmowanych płynów do 800 cm^3 na dobę, dieta nerkowa, leżenie w łóżku ew naparstnica (pod kontrolą tętna) oraz jednoczesne podawanie chlorku amonu, gdyż zakwaszenie zmniejsza wiązanie wody w tkankach.

Jeżeli przy ciężkich zaburzeniach krążenia wszelkie sposoby leczenia już zawodzą, należy bezwarunkowo dokonać jeszcze próby z Salyrganem. Zwiększenie azotu resztkowego o $^1/_3$ ponad poziom prawidłowy oraz białkomocz 1$^0/_{00}$ nie stanowią przeciwwskazań, jeżeli poza tym nie znajdujemy objawów zapalnych ze strony nerek. Jeżeli serce nie jest przeładowane preparatami naparstnicowymi, należy w znakomitej większości przypadków spodziewać się doskonałych wyników. W razie nagromadzenia się płynu przesiąkowego w jamie brzusznej, szczególnie pomyślnie działają wstrzykiwania dootrzewnowe, które można stosować w większych odstępach czasu.

Dr BAAS, Hanower (Lehrb. d. Gesch. d. Med), dr HOFER (Kl. W. 1936 nr 26).

HISTORIA CHORÓB GARDŁA, NOSA I USZU.

Już u starożytnych Egipcjan specjalizacja wiedzy lekarskiej była tak daleko posunięta, że istnieli lekarze zajmujący się wyłącznie chorobami nosa i uszu. *Papyrus Ebersa* podaje recepty przeciw bólom uszu. U starych lekarzy indyjskich, którzy w przeciwieństwie do Egipcjan nie dzielili się na specjalistów, lecz byli przedstawicielami całości sztuki lekarskiej, znajdujemy około 1000. r. przed Chr. wzmianki o otoplastyce i rhinoplastyce. Wiadomości na-



Operacja ucha.
Lucas v. Leyden (1494—1533)



Zabieg na głowie.
Jan Steen (1626—1679)

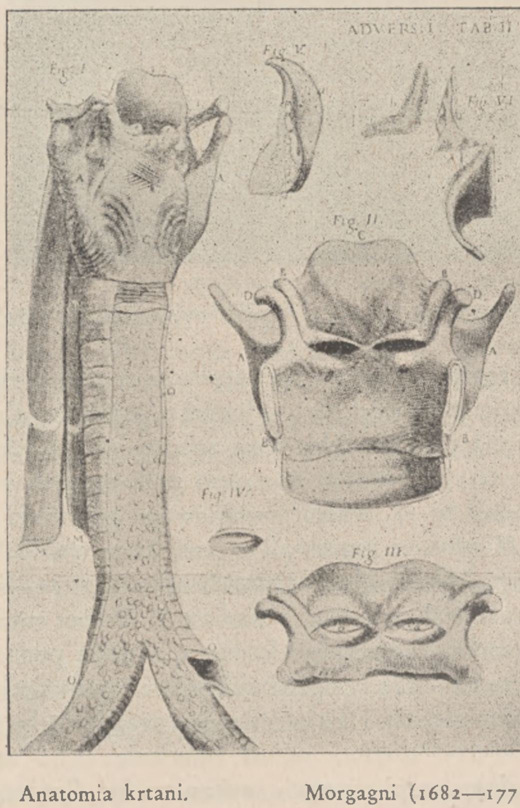
sze o chorobach gardła u Greków i Rzymian są bardzo skąpe, gdyż lekarze byli tam przeważnie lekarzami ogólnymi. Zróżnicowanie specjalności lekarskich w Europie nastąpiło dopiero w wiekach średnich. Należy tu jednak zaznaczyć, że już *Asklepiades* (128 — 56 przed Chr.) dokonywał przy ciężkiej anginie tracheotomii. W cesarskim Rzymie stan lekarski, dawniej przeważnie traktowany z pogardą, zdobywa sobie stopniowo coraz większe uznanie społeczeństwa. W Rzymie istnieli już specjaliści chorób usznych; *Andromachus*, syn lekarza przybocznego Nerona, wylicza 24 środki przeciw bólom uszu. *Apoloniusz Archistrator* z Pergamos (80. r. po Chr.) był pierwszym wynalazcą środków na osłabienie słuchu. *Celsus* (25. r. przed — 50. r. po Chr.) opisuje zastępowanie ubytków tkankowych nosa; nie są to jednak własne wynalazki

Celsa, lecz referuje on tylko ówczesny stan lecznictwa. Również *Galen* (131 — 201) posiadał już znacznie większy zakres wiadomości niż *Cassios Jatrosophista* (130 po Chr.), który uważał, że człowiek dlatego musi przeważnie dwa razy kichać, bo posiada dwie dziurki od nosa. *Oreibasios* (326—403 po Chr.) opisuje wprawdzie dobrze błonę bębenkową, uważa jednak, że przez tchawicę przechodzi płyn. *Paweł z Eginy* (625—690) w swoim zarysie lecznictwa omawia między innymi usuwanie polipów z nosa i uszu, tonsillotomię, tracheo- i bronchotomię.



Z podręczników G. de Chauliaca. (1300—1370)

Następne stulecia były okresem zastoju w medycynie i nie przyniosły wiedzy lekarskiej żadnych postępów. Dopiero stopniowo nowe zdobycze anatomii i fizjologii umożliwiły dalszy rozwój również i nauki o chorobach uszu, gardła i nosa. *Bruno Longoburgo* (1252) opisuje operacje zatoki *Highmora.* Zasłużony *Guy de Chauliac* (1300 — 1370) wprowadził szereg udoskonaleń technicznych, jednakże ropnie migdałków podniebiennych leczył on jeszcze sposobem zupełnie prymitywnym; zalecał on mianowicie, aby chory połknął kawał surowego mięsa, przywiązanego na sznurku, po czym gwałtownym szarpnięciem wyciągał to mięso. Dopiero w 14. i 15. wieku zaczął się rozkwit medycyny włoskiej. Dla wynalezienia plastyki uszu i nosa istniały właśnie we Włoszech bardzo poważne powody prawne. Jeden z papieży wprowadził jako karę za kradzież obcięcie nosa. *Aleksander Benedetti* z Legnano († 1525) pierwszy wspomina o przyprawianiu nosa, który to zabieg od czasu *Celsa* został zupełnie zapomniany, po czym w roku 1450 został znowu samodzielnie wynaleziony przez



Anatomia krtani. Morgagni (1682—1771)

ziony przez laików z rodziny *Branca* w Cetanei. Początkowo przeszczepiano skórę z czoła lub z policzków (później korzystano ze skóry ramienia). Od *Branców* sztuka plastyki przeszła do rodziny *Bojanich*, którzy przekazali dalej swe wiadomości członkom rodu *Tagliacozzo*. *Tagliacozzo* (1546 — 1599) wykonywał w Bolonii znaną plastyczną operację wykonania nosa ze skóry ramienia. Jeżeli ówcześni lekarze mieli jeszcze tak mały zapas wiadomości o chorobach nosa, to czegóż można się było spodziewać od laików. Chusteczka do nosa była rzeczą nieznaną i obywali się bez niej zarówno książęta jak i zakonne damy.



Rhinophyma. Ghirlandajo (1449—1498)

W dziedzinie chorób uszu wielce zasłużył się *Guichard du Verney* (1648 — 1730), który opisał szczegółowo budowę anatomiczną ucha wewnętrznego, oraz *Schellhammer* (1660 — 1716), autor wartościowych prac o narządzie słuchu. *Stahl* (1660 — 1734), zasłużony badacz naukowy lecz zły lekarz, potwierdził na swym przykładzie słuszność zdania, że dobrzy teoretycy często bywają złymi praktykami. *Stahl* pisze mianowicie: „Nieznajomość budowy przewodu słuchowego, kowadła, młoteczka, strzemienia i — cóż za cudowne odkrycie! — okrągłej kosteczki, niewątpliwie pomniejszyła by nadzwyczajnie nasze wiadomości anatomiczne o człowieku, jednakże dla medycyny praktycznej szczegóły te mają akurat takie same znaczenie co wiadomości o śniegu, który spadł przed 10 laty". Nowym postępem praktycznym w dziedzinie otiatrii było wprowadzenie w 18. wieku cewnikowego przewodu Eustachiusza. *J. A. Saissy*, *Alard* i *Monfalcon* pracowali z pożytkiem nad dalszym udoskonaleniem naszej wiedzy. Lekarz głuchoniemych *Itard* (1775 — 1838) wstrzykiwał płyny lecznicze przez trąbkę uszną, natomiast *S. Deleau* stosował wdmuchiwania powietrza za pomocą elastycznego kateteru, metodą podaną przez *Clelanda* (1828). *Scarpa* (1747 — 1832) opisał dokładnie anatomię nosa i ucha, *Breschet* porównywał anatomicznie i fizjologicznie narząd słuchu człowieka i zwierząt kręgowych, *Hubert-Valleroux* opisał zapalenie ucha środkowego i następczą głuchotę. Jednym z pierwszych wykonawców dłutowania wyrostka sutkowego był chi-



Plastyka nosa. Tagliacozzo 1546—1599

rurg pruski *Jasser;* metodę tę udoskonalił następnie *Arnemann* (1763 — 1806) w Getyndze i Hamburgu. Choroby krtani opracowali *Türck, Czermak* i *E. Nicolas - Duranty.*

Wziernik nosowy wynalazł *Fränkel.* Pionierem laryngoskopii był *Liston* (1840); *A. Warden* (1849) laryngoskopował za pomocą specjalnego pryzmatu. W roku 1855 Hiszpan *Manuel Garcia,* nauczyciel śpiewu, wynalazł lusterko krtaniowe. Właściwy laryngoskop wynalazł *Senn z Genewy.* Dla celów rozpoznawczych zastosowali go prawie jednocześnie *Türck* i *Czermak.* Inne modele wzierników krtaniowych podali *Tobold* i *Lewin* z Berlina, *Semeleder* i *Störck* z Wiednia, *Bruns* z Tybingi. *Fryderyk Hofmann* (1806 — 1886) z Burgsteinfurtu jest uważany za wynalazcę pierwszego wziernika usznego, następnie zagadnienie to opracowali *Tröltsch, Kramer* († 1875), *Erhard* († 1875), *Politzer, Toynbee, Brunton i inni.* Właściwym reformatorem nowoczesnej otiatrii był Antoni *Tröltsch* (1829 — 1890), twórca kliniki chorób usznych w Würzburgu. W roku 1856 zastosował on wziernik uszny dla celów rozpoznawczych. *Tröltsch* założył „Archiwum chorób uszu" i napisał pierwszy doskonały podręcznik otiatrii.

Wypróbowane recepty

JOTHION

Do leczenia zapaleń stawów i błon surowiczych, obrzmień i zmian pourazowych:

Rp. Jothioni orig. 2,5
Lanolini anhydr.
Vaselini fl. . . . aa ad 10,0
M. f. ungt.
D. S. 25%-owa maść jothionowa.

Rp. Jothioni orig. 1,0
Vaselini 9,0
M. f. ungt.
D. S. 10%-owa maść jothionowa.

Rp. Jothioni orig.
Chloroformii . . . aa 2,0
Ol. Olivarum . . . ad 20,0

M. D. S. Zewnętrznie do smarowania.

Rp. Jothioni orig. 1,0 (2,0)
Spirit. 2,0
Glycerini . . . . ad 50,0

M. D. S. Do smarowania, zamiast roztworu Lugola.

Przy zapaleniach błony śluzowej pochwy:

Rp. Jothioni orig. 2,5
Glycerini . . . . ad 100,0
Solve.
D. S. Do tamponów pochwowych.

Rp. Gelatinae albae 5,0
leni calore digere cum Aq. dest. 15,0 ad solutionem, adde Glycerini, evapor. aq. supervac. et refrig. ad 40° C. q. s.
Tum adde Jothioni . . . 1,0
Fiant globuli vaginales Nr X.
D. S. Zewnętrznie, według przepisu.

Antyseptyczny płynny przylepiec:

Rp. Jothioni orig. 5,0
Collod. elastici 95,0
M. D. S. Zewnętrznie.

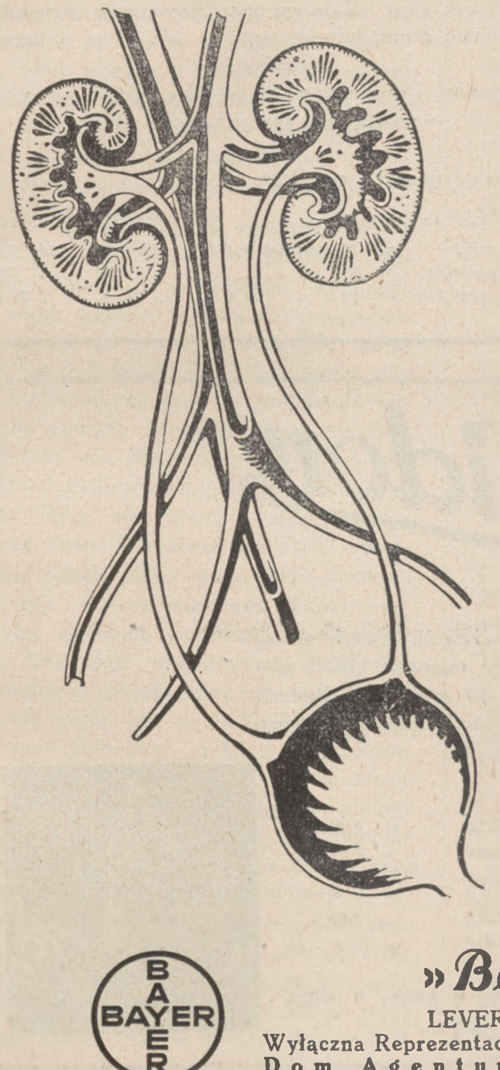
Przy zapaleniu gruczołu krokowego (Prostatitis):

Rp. Jothioni orig. . . . . 0,2—0,25
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppos.
D. Tal. dos. VI
S. 2—3 czopki dziennie.

W stanach zapalnych miedniczek nerkowych, moczowodów i pęcherza moczowego

Helmitol

skuteczny środek do odkażania dróg moczowych.



Helmitol uśmierza bóle w zakresie narządu moczowego i przejawia swe całkowite działanie lecznicze również przy zasadowym odczynie moczu.

Główne wskazania: Pyelitis, Cystitis, Pyelonephritis.

Dla pomocniczego leczenia rzeżączki.

Dla wewnętrznego odkażania w chorobach zakaźnych, a zwłaszcza przy płonicy, dla ochrony przed płoniczym zapaleniem nerek.

Ze względu na swą dobrą tolerancję Helmitol nadaje się również dla dłuższych kuracyj.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 20 tabletek à 0,5 g zł 2.80
opak. klin. „ 250 „ „ 0,5 „ „ 28.65

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Trzy niezwykłe przypadki niedokrwistości złośliwej.

Wprowadzenie wyciągów wątrobowych do leczenia anemii nadbarwliwej miało dla lekarzy - praktyków bardzo duże znaczenie, gdyż umożliwiło uzupełnienie trafnego rozpoznania skuteczną terapią. Autor omawia 3 niezwykłe przypadki niedokrwistości złośliwej, pouczające zarówno pod względem diagnostycznym jak i leczniczym:

1. Chora lat 83. W wywiadach częste nieżyty dróg oddechowych i zaburzenia sercowe, leczone z pomyślnymi wynikami. W ciągu ostatnich 5 miesięcy utrzymywała się jedynie pewna skłonność do obrzęków na podudziach. Od kilku tygodni stan ogólny chorej pogorszył się gwałtownie, wystąpiło znaczne osłabienie, twarz przybrała zabarwienie żółto-blade, każdy ruch wywoływał znaczną duszność. Obraz krwi wykazał dużą anizocytozę i silną poikilocytozę krwinek czerwonych, ilość erytrocytów zmniejszona, zabarwienie krwinek wyraźnie hiperchromatyczne, liczne erytrocyty zawierają ziarnistość zasadochłonną, duża ilość megalocytów, pojedyncze normoblasty. Płytek krwi nie stwierdza się prawie wcale. Hb = 15%. Rozpoznanie: Anaemia perniciosa. 17.XI. 2 razy dziennie po 2 cm^3 Campolonu i 3 razy dziennie po proszku: Fol. Digitalis 0,03 i Ferri reducti 0,3. 20.XI. wystąpiły już pierwsze wyraźne objawy poprawy. 21.XI. Wygląd lepszy, duszność mniejsza. Obraz krwi: znaczne zwiększenie się ilości normoblastów, silna polichromazja, Hb = 25%. 24.XI. Hb = 35%. Dalsza poprawa stanu ogólnego i obrazu krwi. 28.XI. Hb = 42%, normoblastów już nie stwierdza się, znaczne zwiększenie się ilości erytrocytów. Wielkość i kształt erytrocytów zbliżają się do normy. Co drugi wieczór 2 cm^3 Campolonu; proszki naparstnicy z żelazem odstawiono. 8.XII. Hb = 54%. 5.I. pacjentka czuje się doskonale, Hb = 70%. Od lutego 1935 zaprzestano wstrzykiwań, chora spożywała jedynie od czasu do czasu wątrobę jako potrawę. 26.X.35 cały czas stan ogólny bardzo dobry. Hb = 75%. Obraz krwi = typowy obraz niedokrwistości złośliwej w okresie remisji.

2. Chora lat 64. W wywiadach złamanie szyjki kości udowej, napady kolki żółciowej oraz dolegliwości związane z rozedmą płuc. W kwietniu 1935 wrażenie ucisku w okolicy serca i objawy aortalgii. 22.V. stan chorej pogorszył się, wystąpiła duszność podczas wchodzenia na schody i przy wysiłkach. Pacjentka bardzo osłabiona, odczuwa bóle języka i przykre wrażenia w okolicy żołądka. Skóra „słomkowo-żółta". Obraz krwi: anizocytoza, poikilocytoza, hiperchromazja, megalocyty, normoblasty, płytek mało. Rozpoznanie: anemia złośliwa. 22.V: codziennie 2 cm^3 Campolonu. 28.V. chora czuje się lepiej, wygląd zewnętrzny pozostaje jednak bez zmian. Hb = 45%. 1.VI: Hb = 66% — co drugi dzień 2 cm^3 Campolonu. 22.VI: Hb = 73%, wyraźna poprawa kliniczna. 15.VII: Hb = 80%, stan ogólny doskonały. Obraz krwi: wielkość i kształt erytrocytów prawie normalny, ilość płytek znacznie większa. Nadbarwliwość. Megalocyty nadal obecne.

3 Chora lat 61. Przed $1^1/_4$ rokiem chorowała podobno na „grypę głowy", ciężar na piersiach, nieruchomość twarzy, zanik smaku. Po kilku tygodniach dolegliwości powoli ustąpiły, chora skarżyła się jedynie

na parestezje w lewej połowie twarzy. Obecnie znowu zmęczona, kilkakrotnie w ciągu dnia senność nie do przezwyciężenia, podczas chodzenia ucisk w piersiach, zamroczenie w głowie, powieki ciężkie, parestezje w okolicy ust i na rękach, prawie zupełny zanik smaku. Zabarwienie skóry żółtawoblade, ciśnienie krwi 140, Hb = 70%, ilość krwinek czerwonych = 3.000.000, wskaźnik 1,17. Obraz krwi: erytrocyty mocno zabarwione, wybitna anizocytoza, liczne megalocyty, wyraźna polichromazja. Mieliśmy tu więc do czynienia z przypadkiem niedokrwistości złośliwej i wydaje się bardzo prawdopodobne, że również ciężki stan przed $1^1/_4$ rokiem, o którym donosiła chora, polegał na obostrzeniu się anemii, przy czym podobnie do objawów myelozy zaburzenia objęły nerwy mózgowe. Leczenie: Campolon 2 cm^3, początkowo codziennie, później co drugi dzień. Wyraźna poprawa, przedmiotowa i podmiotowa, postępująca stale lecz stosunkowo wolno. Po 2 miesiącach Hb = 85%, wygląd zupełnie inny. Stopniowo powraca smak, zmęczenie ustępuje, zaburzenia czuciowe w palcach znikają. Obecnie po 19 miesiącach leczenia ilość hemoglobiny utrzymuje się od pół roku na poziomie 90 — 100%, w obrazie zaś krwi stwierdza się jedynie pojedyncze megalocyty i nieznaczną anizocytozę.

Spostrzeżenia te dowodzą w przekonywujący sposób, jak wielkie znaczenie ma dla lekarza - praktyka badanie obrazu krwi. Wiadomo, że na niedokrwistość złośliwą chorują znacznie częściej kobiety oraz że cierpienie to nierzadko występuje dopiero w późnym wieku, około 60. roku. Pierwszy przypadek, w którym choroba rozpoczęła się w 83. roku życia należy jednak zaliczyć do rzadkości. Przy niewyraźnych zaburzeniach chorobowych, ujawniających się nawet w podeszłym wieku, należy więc zawsze uwzględniać w rozpoznaniu różnicowym również anemię złośliwą.

Dr G. Volk, Offenbach nad Menem.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 9).

Prontosil.

Chory cierpi na gronkowcowy nieżyt pęcherza moczowego. Sprawa miała charakter nadzwyczaj uporczywy i przewlekły. W ciągu 15 lat trwania choroby wypróbowano kolejno wszystkie istniejące środki lecznicze, jednakże zupełnie bez wyniku. Nawet po Trypaflavinie mocz nigdy nie stawał się zupełnie przezroczysty. Dopiero zastosowanie Prontosilu umożliwiło skuteczne przezwyciężenie choroby. Wynik okazał się nadzwyczaj pomyślny, nawet wprost zadziwiający. Po podaniu Prontosilu (3 razy dziennie po 1 tabletce) mętny poprzednio mocz stał się odrazu zupełnie przezroczysty. Choroba trwała bez przerwy od października 1918 r., czyli już przeszło 16 lat i wywoływała często przykre powikłania pod postacią zapalenia miedniczek nerkowych; stałe leczenie sprawiało choremu pewną ulgę, nie było jednak w stanie doprowadzić do ustąpienia dokuczliwych zaburzeń; wreszcie zastosowanie Prontosilu przerwało cierpienie w sposób doraźny i usunęło ostatecznie wszystkie objawy chorobowe. Na wszelki wypadek pacjent przyjmował tabletki jeszcze przez 14 dni i przestał stosować Prontosil dopiero wtedy, gdy kilkakrotne badania mikroskopowe wykazały, że gronkowce zniknęły zupełnie. Skuteczność Prontosilu w tym przypadku, odpornym na wszelkie inne środki lecznicze, zasługuje na szczególną uwagę. Dlatego też autor podał ten przypadek do wiadomości ogółu lekarskiego.

Dr H. Nagel, Uzdrowisko Godesberg.
(Ther. Ber. 1935 Nr. 7/8).

Ukąszenie osy.

Zostałem niedawno wezwany do pewnej 23-letniej pacjentki, którą osa ukłuła w prawe ramię w okolicy mięśnia dwugłowego. Odczyn miejscowy był niewielki, natomiast bezpośrednio po ukąszeniu wystąpiły gwałtowne objawy ogólne: pokrzywka na całym ciele, obrzmienie twarzy i obrzęk błon śluzowych z wtórną dusznością i lekką sinicą. Chora siedziała na łóżku z przestraszonym wyrazem twarzy. Oddech bardzo przyspieszony, powierzchowny. Tętno miarowe, słabo wypełnione. Bezpośrednio po domięśniowym wstrzyknięciu 2 cm^3 Omnadiny sinica i duszność ustąpiły i po

upływie 10 minut wszystkie objawy wstrząsu anafilaktycznego włącznie z pokrzywką zniknęły bez śladu. Lekką zapaść krążeniową udało mi się doraźnie przezwyciężyć za pomocą środka analeptycznego. Po dalszych 10 minutach pacjentka nie odczuwała już żadnych dolegliwości i czuła się bardzo dobrze. Na podstawie tego doświadczenia wstrzykiwałem następnie domięśniowo Omnadinę wszystkim osobom pokąsanym przez owady i wykazującym silniejsze objawy miejscowe lub ogólne. We wszystkich bez wyjątku przypadkach stwierdzałem szybkie cofanie się objawów chorobowych. Szczególnie wyraźnym był pomyślny wpływ leczniczy Omnadiny zwłaszcza w 3 ciężkich przypadkach pokąsania przez owady, z których dwa dotyczyły ukłucia w język, a trzeci ukąszenia w ramię przez szerszenia.

Wspomnę tu przy sposobności również o pomyślnym działaniu Omnadiny przy anginach. Ilekroć wstrzykiwałem Omnadinę w początkowym okresie schorzenia, sprawa przebiegała bez powikłań, natężenie objawów było niewielkie i chorzy szybko powracali do zdrowia. Również i dzieci znosiły wstrzykiwania Omnadiny bardzo dobrze.

Dr E. Eichenberger, Riehen — Bazylea.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 6).

Uśpienie dożylne za pomocą Evipanu-Natrium u dzieci.

Klages stosował usypianie za pomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium u 83 dzieci w wieku do 14 lat. Najmłodszy pacjent miał 5 1/2 miesiąca. Narkoza występowała szybko. Autor podaje następującą tablicę nieszkodliwych dawek przeciętnych Evipanu-Natrium, przeznaczonych do stosowania w praktyce dziecięcej:

4 1/2 — 6 miesięcy	3/4 cm³	10%-owego roztworu Evipanu-Natrium
1 1/2 — 2 lat	1 1/2 "	
2 — 3 "	2—2 1/2 "	
3 — 5 "	3—4 "	
5 — 7 "	4—5 "	
7 — 10 "	5—6 "	
10 — 12 "	około 6 "	
12 — 14 "	6—8 "	

Przy stosowaniu powyższych dawek, Evipan-Natrium ani razu nie wywołał żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego, a w szczególności sinicy lub zaburzeń sercowych. Dla oszczędzania psychiki preparat wstrzykiwano zawsze w łóżku, w pokoju małego pacjenta. Ewentualne wstrzyknięcie poza żyłę do tkanki podskórnej nie wywoływało żadnych późnych uszkodzeń.

Dr F. Klages, Klin. Uniw. w Halle.
(Chirurg, 1933, tom 5).

Zmiany w drogach moczowych podczas ciąży.

Autorzy badali zachowanie się dróg moczowych u 172 ciężarnych kobiet. Jako środek kontrastowy wstrzykiwano dożylnie 20 cm³ Per-Abrodilu. Tolerancja preparatu była doskonała. Przy powolnym wstrzykiwaniu chore doznawały wrażenia „ciepła rozlanego po całym ciele". Przy szybkim wstrzykiwaniu pacjentki skarżyły się na mdłości, w poszczególnych przypadkach chore nawet wymiotowały. W 2 przypadkach wstrzykiwania nie udały się technicznie i preparat zamiast do żyły przeniknął do tkanki podskórnej; nie wywołało to jednak żadnego przykrego odczynu tkankowego. Pierwsze zdjęcie rentgenowskie wykonywano w 15 minut po wstrzyknięciu, następne w 15-minutowych odstępach. Przy daleko posuniętych zmianach ciążowych w

drogach moczowych czas wydzielania przedłużał się, tak że często dopiero po 30 — 45 minutach można było otrzymać zadowalający obraz kontrastowy. Im większe było rozszerzenie, tym wolniej następowało wydzielanie. Po porodzie trzeba było wykonywać zdjęcie już w 7 minut po wstrzyknięciu, gdyż jeszcze trochę później cały środek kontrastowy znajdował się już w pęcherzu moczowym. Jako najczęstsze zmiany stwierdzono: rozszerzenie miedniczki i kielichów jednej lub obu nerek, rozszerzenie, skręcenie i wytworzenie pętlic jednego lub obu moczowodów oraz boczne przesunięcia.

Dr Hundley, dr Walton, dr Hibbitts, dr Siegel, dr Brack, Baltimore.
(Am. Il. Obst. Gyn. 1935, tom 30).

Leczenie zakładowe dzieci chorych na padaczkę.

Przy leczeniu zakładowym dzieci epileptycznych najważniejszym środkiem jest niewątpliwie Luminal. Przeważnie już dawka dobowa 0,05 okazuje się zupełnie dostateczna, w poszczególnych jednak przypadkach zachodzi potrzeba zwiększenia dawki do 0,1 lub 0,2 g na dobę. Duże znaczenie ma właściwa pora stosowania: przy napadach nocnych — wieczorem, przy napadach dziennych — wczesnym rankiem, przy napadach dziennych i nocnych — rano i wieczór. W razie niedostatecznego działania łączymy Luminal z preparatami bromowymi. W przypadkach stanu epileptycznego autor wstrzykuje Luminal-Natrium dożylnie. 0,5 — 0,65 g (!) uspakaja 75% napadów w ciągu 20 sekund do 5 minut. Jeżeli po 5 minutach napad się nie kończy, należy zastosować eter lub chloroform.

Dr B. S. Baker Skillman, New Jersey.
(Journ. Med. Soc. New Jersey 1936 Nr. 2).

Zatrucie niemowlęcia nikotyną.

Autor opisuje historię choroby niemowlęcia, które zatruło się nikotyną przez mleko matki. Dziecko było bardzo niespokojne, gwałtownie wymiotowało i nie chciało przyjmować pokarmu. Ciemiączka były zapadnięte, wyraz twarzy cierpiący, skóra na czole pomarszczona. Silne kolki z przykurczami nóg, źrenice wąskie. Matka paliła dziennie 35 — 40 papierosów. Po zaprzestaniu palenia przez matkę dziecko poprawiło się. Palenie do 6 papierosów dziennie ma być nieszkodliwe.

Dr J. Greiner, Budapeszt.
(Zt. f. Kinderheilkunde 1936, tom 146).

Wrażliwość na pogodę, elektryczne przewodnictwo powietrza i układ wegetatywny.

Jedną z przyczyn wrażliwości na zmiany pogody są powietrzne zjawiska elektryczne. Na podstawie doświadczenia wiemy, że reumatycy, chorzy na organiczne cierpienia sercowe, ludzie dotknięci nerwicami serca, żołądka lub kiszek oraz neurastenicy i pacjenci dotknięci nerwicą nerwu błędnego — stanowią główny kontyngent ludzi wrażliwych na zmiany pogody. U ludzi tych każdorazowe wahania elektrycznego przewodnictwa powietrza, a zwłaszcza nagłe wzmożenie się tego przewodnictwa przy ruchach wielkich mas powietrza, zwykle wywołują mniej lub więcej przykre objawy chorobowe. Prawdopodobnie ustrój ludzi wrażliwych na zmiany pogody nie jest w stanie wyrównywać w dostateczny sposób nagłych zaburzeń w równowadze stanu elektrycznego, tak że zewnętrzne zmiany atmosferyczne mogą u takich osobników wywoływać dokuczliwe zaburzenia chorobowe. Objawy polegają przeważnie na stanach podrażnienia parasympatycznego układu nerwowego: spadek ciśnienia tętniczego aż do zemdlenia włącznie, skurcze żołądkowo-kiszkowe, bolesne miesiączkowanie, skurcze woreczka żółciowego i moczowodów. Według badań autora główna przyczyna ustrojowej wrażliwości na pogodę tkwi w zaburzeniach układu wegetatywnego. Zakwaszenie tkanek, utrata wapnia, zmiana środowiska jonowego, zaburzenia odczynu krwi, zaburzenia stosunku potasu do wapnia, wzmożenie wrażliwości chwiejnego wegetatywnego układu nerwowego, zaburzenia czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania—oto główne przy-

czyny wrażliwości na pogodę. Prawdopodobnie pogoda działa na człowieka poprzez wegetatywny układ nerwowy; tylko w ten sposób można sobie wytłumaczyć każdorazowe występowanie napadu wegetatywnego wskutek zwiększenia przewodnictwa elektrycznego. Zadaniem leczenia jest dążenie do przezwyciężenia wrażliwości na pogodę poprzez układ wegetatywny. Autorowi udawało się wielokrotnie wyleczyć pacjentów z ich wrażliwości na zmiany pogody i oswobodzić ich od związanych z tą wrażliwością dolegliwości za pomocą leczenia zwiększającego zawartość wapnia ustrojowego (domięśniowe wstrzykiwania wapnia, Vigantol + wapń, wyciągi przedniego płata przysadki + wapń, lampa kwarcowa i t. d.) i jednoczesnego odkwaszenia organizmu (dieta zawierająca mało soli i białka i obfitująca w związki zasadowe i t. d.). Pomyślne wyniki dawało również wyłączenie układu parasympatycznego przez związki atropinowe.

Dr Klotz, Drezno.
(Med. Welt. 1936, Nr. 9).

Icoral przy asfiksji noworodków.

Icoral (dla dzieci 0,5%-owy roztwór dwóch połączonych związków działających jak lobelina z efedryną) działa szczególnie pomyślnie w przypadkach asfiksji noworodków, jak to wykazują dwa poniższe przykłady:

1. Drugi poród; przy porodzie pierwszym rozwiązanie kleszczowe z powodu zbyt małej miednicy. Również i obecnie trzeba było założyć kleszcze. Dziecko rodzi się pozornie nieżywe, blade. Widoczne jeszcze bicie serca i tętnienie naczyń pępkowych. 15-minutowe stosowanie sztucznego oddychania pozostało bez wpływu na stan dziecka. Wobec tego, że autor nie miał pod ręką Icoralu dla dzieci (0,5%) dokonano dosercowego wstrzyknięcia 1/4 dawki dla dorosłych (rozcieńczonego Icoralu 5%-owego). Po 30 minutach dziecko po raz pierwszy westchnęło samoistnie, po minucie oddech znowu się powtórzył. Jednocześnie nie zaniedbywano sztucznego oddychania. Samoistne oddechy powtarzały się regularnie co minutę, potem co 45 sekund, co 30 sekund i wreszcie po godzinie dziecko oddychało już prawidłowo. 2/3 pozostałego Icoralu zużytkowano w trakcie leczenia. Dziecko zostało uratowane.

2. Poród w położeniu twarzyczkowym. Bóle od 36 godzin, jednakże nie wyczuwa się nic więcej prócz nosa. Dokonano w uśpieniu zabieg zmiany położenia na potyliczne i zastosowano kleszcze. Po 20 minutach dziecko rodzi się blade, pozornie nieżywe. Uderzenia serca niewyczuwalne, widać jedynie kilka drgających ruchów pod wyrostkiem mieczykowatym mostka. Igła wkłuta w serce wykazuje kilka lekkich skurczów. Koramina i Icoral (0,5%-owy) dosercowo, sztuczne oddychanie, czynność serca poprawia się, dziecko jednak nadal nie oddycha. Ogółem wstrzyknięto dosercowo Icoral trzykrotnie, bez wyraźnego skutku. Po godzinie autor wstrzyknął 1/4 dawki Icoralu dla dorosłych (w rozcieńczeniu) podskórnie. Nadal sztuczne oddychanie. Wreszcie o godz. 11.30 wystąpił pierwszy samoistny oddech, poród zaś nastąpił już o godz. 10.10. Oddechy powtarzały się początkowo co 3 minuty, następnie co 1 1/4 minuty, o godz. 12 i pół już co 30 sekund. Zastosowano tlen. O godz. 1-ej dziecko otwiera po raz pierwszy oczy. O godz. 1 1/4 mogłem już spokojnie dziecko opuścić. W ciągu leczenia otrzymało ono jeszcze 2/3 dawki Icoralu dla dorosłych.

Z pomyślnego działania Icoralu byłem nadzwyczaj zadowolony i to tym bardziej, że lobelina czasami zawodziła zupełnie i wpływała zaledwie bardzo słabo na krążenie. Na uwagę zasługuje tu również okoliczność, że tolerancja preparatu była bardzo dobra i noworodki znosiły zastosowane dawki bez żadnych objawów ubocznych.

Dr L. Verstraete,
Maternité de St. Jean, Brügge.
(Ther. Ber. 1934, Nr. 4).

Leczenie upławów pochwowych.

Fuge leczył upławy pochwowe wywołane przez zakażenie trichomonadami za pomocą Deveganu. Spostrzeżenia jego opierają się na obserwacji 100 przypadków. Devegan

składa się z kwasu oksyacetylo-amino-fenylo-arsinowego, z kwasu bornego i zawiesiny przygotowanych specjalnym sposobem węglowodanów. Po przepłukaniu lizoformem i starannym oczyszczeniu pochwy zakłada się do przedniego i tylnego sklepienia pochwy po jednej tabletce Deveganu; w przypadkach upławów bardzo obfitych zakłada się po 2 tabletki. Leczenie to stosuje się w ciągu 10 dni. Już po pierwszych 3 — 4 dniach upławy zmniejszały się wyraźnie, jednocześnie ustępowało również wyprzenie i pryszczyca skóry. 60 pacjentek wyleczyło się zupełnie i dotychczas nie miało nawrotów. Pozostałe są jeszcze w toku kuracji lub przed pierwszym badaniem kontrolnym. Po ukończeniu miesiączkowania powtarza się jeszcze raz kurację za pomocą Deveganu i leczenie to przeprowadza się tak długo, aż rozmaz wykaże dostateczny stopień czystości. W większości przypadków wyraźna poprawa uwidaczniała się już po kilku dniach; jedynie w nielicznych przypadkach nieżytów trwających już od dłuższego czasu i leczonych poprzednio bezskutecznie różnymi sposobami, kuracja trwała dłużej niż 10 dni. W kilku przypadkach trichomonady znikały już po 2 — 3 dniach. Devegan wpływał pomyślnie nietylko na upławy lecz również na stan ogólny pacjentek, spośród których kilka znajdowało się w stanie znacznego wyniszczenia. Chore te czuły się znacznie silniejsze i waga ich ciała zwiększyła się w krótkim czasie. Kobietom inteligentnym można oddać Devegan do rąk celem samodzielnego przeprowadzania leczenia. Również i przy dłuższym stosowaniu Devegan ani razu nie wywołał uszkodzenia błony śluzowej pochwy lub części pochwowej macicy. Tolerancja preparatu była doskonała. W żadnym przypadku nie stwierdzono jakichkolwiek objawów zatrucia lub złego poczucia w związku ze stosowaniem Deveganu.

Dr K. Fuge, Kl. Gin. w Halle n. S.
(Med. Kl 1933, Nr. 46).

Casbis przy oparzeniach.

Casbis przedstawia zawiesinę bizmutu w oliwie; cząsteczki bizmutu są rozdrobnione nadzwyczaj subtelnie, tak że preparat odznacza się wielkim stopniem dyspersji. Wobec tego, że bizmut stanowi główną część składową starego opatrunku dr *Bardelebena* przeciw oparzeniom, a oliwa jest również środkiem często stosowanym dla leczenia oparzeń, autor postanowił wypróbować Casbis w przypadkach oparzeń. Okazało się, że Casbis szybko uśmierza bóle, i że wczesne zastosowanie tego preparatu chroni przed wytworzeniem się pęcherzy.

Oto kilka typowych przykładów, wykazujących pomyślny wpływ Casbisu na przebieg oparzeń:

1. Służąca, chcąc ochłodzić nadmiernie rozżarzone żelazko do prasowania, włożyła je do zimnej wody; wytworzona przy tym para wywołała silne oparzenie prawego przedramienia i twarzy. Natychmiastowe posmarowanie Casbisem uśmierzyło bóle i umożliwiło szybkie wyleczenie bez powstania pęcherzy.

2. Drogista oblał sobie podczas pracy ręce a zwłaszcza palce czystą wodą utlenioną. Powstałe w ten sposób oparzenie (wywołane chemikaliami) zagoiło się bardzo szybko dzięki wczesnemu zastosowaniu Casbisu.

3. 18-letnia dziewczyna, niosąc gorącą herbatę, potknęła się i oblała gorącym płynem obie nogi. Kilkakrotne posmarowanie uszkodzonych miejsc Casbisem sprowadziło szybkie wyleczenie.

Casbis działał bardzo dobrze również w przypadkach oparzeń słonecznych, w których wytworzyły się duże i rozległe zmiany na plecach lub piersiach, nogach, rękach i t d.

Sposób leczenia jest bardzo prosty: buteleczkę z Casbisem należy przed użyciem mocno wstrząsnąć, po czym smarujemy oleistą zawiesiną oparzone miejsca; w razie potrzeby można smarować kilka razy dziennie

Dr Patin, Chisinau.
(Rum. Ztschr. 1936).

Jak najlepiej leczyć swędzenie skóry?

Zewnętrzne leczenie swędzenia nie daje przeważnie zadowalających wyników. Tak np. mentol, Anaesthesina, Tumenol-Ammo-

nium, woda wapienna, preparaty dziegciowe i siarkowe przynoszą w większości przypadków jedynie niewielką ulgę. Leczenie naświetlaniami, najlepiej pod postacią napromieniania niebieskiego, może uśmierzyć swędzenie. W przypadkach swędzenia organicznego, stosowanie małych dawek promieni rentgenowskich daje często pomyślne wyniki, np. przy sprawach szczególnie uporczywych, jak Neurodermitis łokcia, zgięcia kolanowego, okolicy karkowej, twarzy i t. d. oraz przy zwykle bardzo uporczywym swędzeniu odbytu i sromu. Cennym środkiem pomocniczym przy leczeniu swędzenia są kąpiele całkowite lub nasiadówki; w rachubę wchodzą tu głównie kąpiele dziegciowo-siarkowe; również zwykłe gorące kąpiele, np. przed pójściem do łóżka działają pomyślnie, chociaż początkowo chwilowo nawet zwiększają swędzenie. Również i zimne obmywanie, ew. np. z dodatkiem cytryny, okazują się czasem bardzo skuteczne. Rozumie się tu samo przez się, że właśnie przy leczeniu kąpielami należy uwzględniać stan ogólny. Również i dieta odgrywa tu pewną rolę, chociaż nie ma naogół znaczenia rozstrzygającego; w niektórych np. rozpaczliwych przypadkach neurodermitu przestrzeganie diety bezsolnej przez dłuższy czas może się przyczynić do uśmierzania swędzenia. W przypadkach uporczywego swędzenia kąpiele słoneczne wolno stosować jedynie ostrożnie i z pewnymi ograniczeniami.

Spośród leków wewnętrznych stosuje się od dawna brom i wapń. Nawet w rozpaczliwych przypadkach należy bezwarunkowo spróbować stosowania terpentyny. Związki białkowe nie odgrywają przy leczeniu swędzenia żadnej roli. Przy swędzeniu w okresie przekwitowym można spróbować folikulinę, przy swędzeniu zaś na tle choroby Basedowa pomaga czasem antityreoidyna. Bardzo dobrze działa arsen, najlepiej domięśniowo lub dożylnie. *Stümpke* z powodzeniem stosuje już od 10 lat Solarson. Arsen wchodzi w rachubę zarówno przy swędzeniu starczym i swędzeniu sromu jak i przy uporczywych neurodermitach. Zasadniczym warunkiem powodzenia leczenia arsenowego jest jego konsekwentne przeprowadzenie, co w praktyce natrafia czasem na trudności. Również zmiana klimatu i powietrza mogą wpłynąć pomyślnie na swędzenie.

Prof. Stümpke, Hanower.
(Z. f. ärztl. Fortb. 1936, Nr. 10).

Postępowanie w okresie poporodowym.

Zwykłe preparaty przysadkowe wywierają silne działanie na obwodowy układ naczyniowy i mogą w związku z tym wywoływać przykre objawy uboczne. Orasthina natomiast pozostaje zupełnie bez wpływu na krążenie krwi. W okresie poporodowym Orasthina wywołuje prawie natychmiastowy nadzwyczaj silny skurcz macicy, tamujący doraźnie wszelkie krwawienia. Wkrótce potem następuje zwykle wydalenie łożyska. Niektórzy autorzy są nawet zwolennikami dożylnego wstrzykiwania 3 jednostek Vögtlina Orasthiny zaraz po porodzie dziecka we wszystkich bez wyjątku przypadkach; postępowanie takie stosuje się z powodzeniem w licznych klinikach. Autor wstrzykuje Orasthinę jedynie przy porodach, przy których grozi niebezpieczeństwo krwotoku. Dopiero jeżeli Orasthina nie daje wkrótce spodziewanego wyniku, który osiąga się w znakomitej większości przypadków, wówczas przystępuje się do usunięcia łożyska za pomocą zabiegu *Crede'go.*

Dr H. Gänssle, Stuttgart.
(Aerztl. Sammelblätter, 1933, Nr. 18).

PROGRAM KURSU DLA LEKARZY WOLNOPRAKTYKUJĄCYCH

UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH SAMORZ. I PAŃSTW.

Z ZAKRESU PORADNICTWA PRZEDŚLUBNEGO,

który się odbędzie dnia 6, 7, 8 i 9 maja 1937 roku

w siedzibie Polskiego Tow. Eugenicznego przy ul. N.-Świat 1.

WPISOWE zł 5.

Otwarcie kursu dnia 6 maja (czwartek) o godz. 16 — 17.

Czwartek, dnia 6 maja 1937 r.

godz. 17 — 19 Dr med. *Leon Wernic*, prezes Tow. Eugenicznego — Co to jest eugenika, genetyka, eugenetyka.

Piątek, dnia 7 maja 37 r.

godz 10 — 11 Prof. *Eugenia Stołyhwo* — O rasach i typach antropologicznych w Polsce i Europie.
godz. 11 — 12 Prof. *Eugenia Stołyhwo*—Najnowsze pojęcia o konstytucji fizycznej człowieka.
godz. 12 — 14 Prof. *Maria Skalińska* — Podstawy genetyki nowoczesnej.
godz. 17 — 18 Sędzia *Kazimierz Fleszyński* — W sprawie ustawodawstwa eugenicznego.
godz. 18 — 19 Mgr praw *Mieczysław Lucius* — Eugenika a nowe prawo kanoniczne.

Sobota, dnia 8 maja 37 r.

godz. 9 — 10 Doc. *Tadeusz Zawodziński* — O bezpłodności u kobiet.
godz. 10 — 11 Płk *Stefan Rudzki* — Gruźlica a dziedziczność.
godz. 11 — 12 Dr *Henryk Szpidbaum* — O dziedziczeniu chorób.
godz. 12 — 13 Dr *Jan Nowakowski* — Poradnictwo przedślubne u nas i za granicą.
godz. 15 — 16 Dr *Grzywo-Dąbrowska* — Lekarz szkolny a zagadnienie eugeniki.
godz. 16 — 17 Dr *Jerzy Szpakowski* — Zagadnienie bliźniąt.
godz. 17 — 18 Dr *Ksawery Sieńko* — Choroby weneryczne a bezpłodność.

Niedziela, dnia 9 maja 37 r.

godz. 10 — 11 Dr *Tadeusz Welfle* — Kiła jako czynnik zwyrodnienia.
godz. 11 — 12 Dr *Ryszard Dreszer* — O dziedziczeniu chorób psychicznych.
godz. 12 — 13 Płk dr *Jan Nelken* — Narkomania a zwyrodnienie.
godz. 13 — 14 Doc. *Gustaw Bychowski* — Zboczenia płciowe a dziedziczenie.
godz. 16 — 17 Prof. *Władysław Melanowski* — O dziedziczeniu zaburzeń narządu wzroku.
godz. 17 — 18 Dr *Jan Posmykiewicz* — O dziedziczeniu zaburzeń słuchu.
godz. 18 — 19 Dyr. dr *Henryk Szczodrowski* — Choroby weneryczne a poradnictwo przedślubne.

Zakończenie: Przemówienie przewodniczącego sekcji propagandy.

Dopuszczalne uzupełnienia i zmiany.

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.